Bibliothèque numérique
medic@

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

1886, Troisième série, n° 41. - Paris : aux Bureaux du journal, 1886.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1886x41

©BIU Santé

L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé

Paris. — Imprimerie ALCAN-LEVY 24 rue Chanchat

©BIU Santé

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-UNIÈME

90068

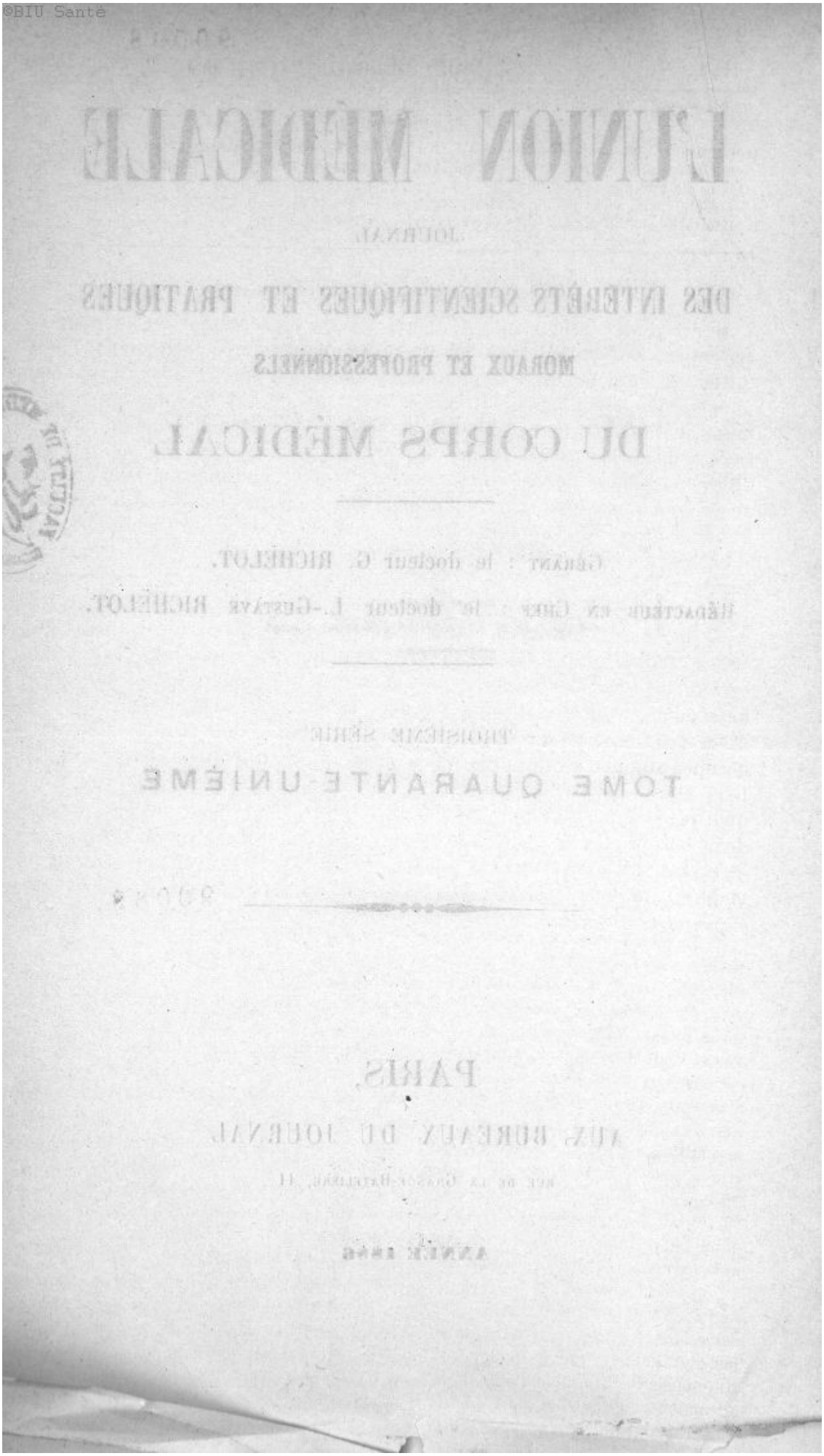
PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

ANNÉE 1886

©BIU Santé



©BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : Des réversions dans la fièvre typhoïde. — II. Bibliothèque : Du diabète sucré chez la femme. — III. Revue des Journaux : Traitement du hoquet par la réfrigération du lobule de l'oreille. — L'élimination de l'arsenic par la sécrétion lactée. — Du traitement des éphélides par l'acide phénique concentré. — IV. Sociétés médicales des départements : Société médicale d'Amiens. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Des réversions dans la fièvre typhoïde.

En écrivant ici, de propos délibéré, le mot de *réversion*, et en nous en servant exclusivement, dans cet article, pour qualifier la particularité d'évolution qui ramène assez fréquemment, après une première fièvre typhoïde plus ou moins complètement jugée, une nouvelle fièvre typhoïde parfaitement qualifiée par l'ensemble des symptômes et le renouvellement du processus anatomique, et cela, dans certains cas, à deux ou trois reprises différentes, nous ne cédons nullement, il est à peine besoin de le dire, au désir de singulariser notre nomenclature, nous inspirant uniquement de la nécessité d'assurer la précision de la notion par la propriété du terme.

Le mot *rechute*, en effet, d'un emploi plus fréquent, a l'inconvénient de prêter à la confusion et à l'amphibologie. Ce n'est pas, comme le disait Lorain, en 1869, un terme scientifique, et il garde, dans le langage médical, le manque absolu de rigueur de son sens vulgaire. C'est ainsi qu'on voit les pathologistes l'entendre indifféremment, des retours fébriles, exacerbations, recrudescences, qui se manifestent sous l'influence des excès de régime ou de complications inflammatoires, et de ces sortes de récidives précoces, d'une nature toute particulière, dont l'étude doit nous occuper aujourd'hui. Qui nierait la nécessité de distinguer deux ordres de faits aussi essentiellement dissemblables à tous les points de vue, ainsi qu'il ressortira surabondamment de cette étude? C'était sous la pression de ce besoin que M. Charcot proposait, il y a longtemps déjà, l'expression de *rechute-récidive* employée dans le sens qui est beaucoup plus clairement et plus simplement rendu par le vieux mot de réversion (1). Qu'on con-

(1) Le mot de *réversion*, emprunté au vocabulaire de l'ancienne médecine, a été proposé par Michel, en 1859, probablement sous l'inspiration de Charcot (*Union médicale*, 1859, IV, p. 227, etc., et th. de Paris, 1864). — *Reversio* figure, en effet, au Dictionnaire de B. Castellus (1617) avec le sens précis qu'il s'agit de rendre ici. Mais, d'après Castellus même, les anciens, dont les idées n'étaient pas très nettes à ce sujet, confondaient dans la même signification la réversion, la récidive, l'hypostrophe; en fait, les auteurs s'en sont très rarement servis, et des recherches assez longues, dans Celse, Sydenham, Fernel, Boerhaave, Sauvages, etc., ne nous l'ont pas fait découvrir une seule fois. Toutefois, Sauvages applique le verbe *revertitur* à la répétition des accès de fièvre intermittente dans une même attaque, et une autorité qui peut tenir lieu de toutes les autres, sans être technique, est celle de Cicéron, qui a employé l'expression *reversio febrium* en parlant des accès successifs de la fièvre tierce ou quarte (*Natura deorum*, L, III, 10). Ce sont précisément des rapports identiques de chronologie et d'unité étiologique qu'il s'agit de rendre ici. Nous avons donc l'assurance de ne pas employer le mot *réversion* dans une acception distincte de son sens primitif.

Cependant, malgré ces références, il n'a pas fait fortune. Pinel, Piorry, Chomel, Jaumes, Chauffard, ne l'avaient pas connu. Jaccoud s'en est servi dans son *Traité de pathologie*, mais, dans sa clinique de la Pitié (1885), il semble en faire bon marché. Bouchut, Uhle et Wagner, Hallopeau, Dieulafoy, Moynac, etc., ne l'ont pas moins négligé. M. le médecin inspecteur Daga, dans un mémoire que nous aurons l'occasion de citer, est un des rares auteurs qui l'ont franchement arboré.

©BIU Santé

serve, si l'on veut, le mot rechute comme terme générique s'appliquant indifféremment à tous les accidents qui peuvent troubler le décours de la fièvre typhoïde, mais qu'on y distingue la *réversion*, ou rappel du processus typhoïde dans le cours d'une première attaque ; la *recrudescence* ou l'*exacerbation*, relevant d'une complication tardive ou latente. La *récidive* se comprend de tous comme une répétition lointaine de la maladie, conséquence d'uneinfection nouvelle.

Les réversions de la fièvre typhoïde ont peu attiré l'attention des grands observateurs auxquels nous devons la reconnaissance définitive de l'entité. Un élément capital de détermination leur manquait pour en dépister la trace, au milieu des accidents complexes par lesquels se juge si souvent ce type de la maladie générale; le thermomètre apporta enfin son appoint indispensable, et la question put se poser avec fruit, se résoudre avec aisance. Toutefois, un travail d'ensemble, basé sur un nombre suffisant de faits, groupés et comparés suivant les principes de la méthode numérique, faisait défaut jusque dans ces derniers temps. Après la remarquable thèse d'agrégation de Hutinel, étude critique très complète, coup sur coup, Ziemssen, à Munich, Steinthal, à Leipzig, Schrœder, à Saint-Pétersbourg, Jaccoud, à Paris, ont publié, sur les réversions de la fièvre typhoïde, des travaux statistiques et cliniques qui résument une expérience considérable (plus de 4,000 cas), et dont le rapprochement nous met entre les mains une masse fort imposante de documents qu'il nous tarde de placer, sans autre présentation, sous les yeux du lecteur (1).

I

Sur 832 cas de fièvre typhoïde observés à Munich, de 1878 à 1881, Ziemssen a observé 108 réversions, soit 13 p. 100; c'est un des chiffres les plus élevés que l'on connaisse. Il est inutile d'insister d'ailleurs sur les garanties d'authenticité et de précision que présente la statistique d'un des plus éminents cliniciens de l'Allemagne. Ziemssen est même le seul auteur qui ait dressé, parallèlement aux réversions, le tableau statistique des recrudescences, que nous aurons à consulter. La fréquence particulière de cet accident à Munich doit, sans doute, être rapprochée de l'intensité et de la permanence des causes typhogènes mal connues qui font de cette ville un des foyers d'endémo-épidémie les plus actifs de l'Europe.

Quoi qu'il en soit, Steinthal, à l'hôpital Jacob, de Leipzig, n'enregistre, de 1877 à 1881, que 45 réversions sur 539 cas, soit 7,5 p. 100; Jaccoud, à Paris, 54 sur 594, soit 9 p. 100; Schrœder, à l'hôpital Semenow, 53 réversions seulement, sur 2,140 cas, soit la proportion inférieure de 2,5 p. 100.

Gerhardt avait donné autrefois, d'après un total de 4,434 observations empruntées à des relations d'épidémies d'origine diverse, 6,3 p. 100 (2). En citant encore Murchison, 3 p. 100 (3), et Griesinger, à qui sa pratique donne à Zurich 6 p. 100, et à Leipzig 8 p. 100 (4), nous arrivons à fixer à

(1) Hutinel (th. d'agrégat., Paris, 1883). — Ziemssen (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1884, XXXIV, p. 375). — Steinthal (*id.*, p. 357). — Schrœder (*St-Pétesb. Med. Woch.*, 1885, p. 251 et 259). — Jaccoud (Clinique de la Pitié, 1885, p. 535). — Voir aussi Daga (*Rec. mém. med. chir. et pharm. milit.*, 1882, p. 113 et suivantes).

(2) *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, 1874, XII, p. 7.

(3) *La fièvre typhoïde*, trad. Lutaud, 1878, p. 160.

(4) *Maladies infectieuses*, traduct. Lemattre, 2e édit., p. 18.

©BIU Santé

7 p. 100 la moyenne de *fréquence* des réversions typhoïdes. On devra cependant toujours compter avec les cas particuliers de constitutions médicales et de milieux épidémiques, qui font, par exemple, observer à Frœlich, sur les troupes saxonnes du Holstein, 4 réversions sur 20 cas, ou à Nothnagel, dans sa clinique, 12 sur 32.

On s'est demandé, en Allemagne, si les réversions n'étaient pas plus fréquentes depuis l'emploi presque universel du bain froid, et Liebermeister est de ceux qui ont le plus contribué à mettre en suspicion, à ce point de vue, la méthode de Brand. Sans doute, a-t-on répété de toutes parts avec lui, en entravant par ce moyen puissant la marche naturelle du processus, en s'opposant aux transformations intra-organiques et aux fermentations humorales qui préparent l'élimination du principe infectieux, on maintient dans l'économie des germes de maladie dont on n'est parvenu qu'à retarder l'essor, et la réversion n'est que l'expression renouvelée de ce nisus momentanément empêché. Liebermeister constate qu'à l'hôpital de Bâle, avant l'emploi du bain froid, on observait les réversions dans la proportion de 7,4 p. 100; ce chiffre est monté à 9,8 p. 100 depuis l'introduction de la méthode de Brand. Il en conclut que le bain favorise cet accident, et c'est cette préoccupation qui lui fait adjoindre à l'hydro-thérapeutique de la fièvre typhoïde les médicaments antipyrétiques. Biermer arrive au même résultat. A l'hôpital militaire de Munich, Vogl n'hésite pas davantage à conclure en ce sens, quand il observe 2,2 p. 100 de réversions par l'emploi de la méthode de Brand rigoureuse, et 1,3 p. 100 par un traitement hydrothérapique mitigé (1).

Toutefois, Lindwurm, par la médication incriminée, n'a eu que 1,4 p. 100 de réversion; Leichtenstein et Körber obtiennent des résultats approchants; et il faut bien avouer que les faibles écarts révélés par ces chiffres ne sont pas de nature à apporter en faveur de la thèse un argument à toute épreuve. Quand on sait à quelles variations est soumise la proportion des réversions, suivant les milieux et les épidémies, on ne voit vraiment pas ce qu'on pourrait conclure légitimement de différences aussi peu sensibles. Jaccoud qui obtient, à Paris, 9 réversions p. 100, c'est-à-dire plus que Liebermeister, sans employer le bain froid, n'hésite pas à dénier à cette méthode thérapeutique toute influence sur leur production.

Il y a lieu de faire remarquer que les pour cent de beaucoup les plus faibles sont fournis par la pratique de deux hôpitaux militaires à Saint-Pétersbourg 2,5 p. 100, à Munich, moins de 2 p. 100. Le contraste est surtout frappant à Munich où Ziemsen trouve précisément les chiffres les plus élevés de la série, 13 p. 100. Faudrait-il en conclure que la rareté relative des réversions est un des caractères de la fièvre typhoïde du soldat? En France, il n'a été publié aucun document statistique qui puisse entrer, au point de vue de l'importance des éléments, en comparaison avec ceux de l'étranger; mais l'impression qu'on retire de la pratique des hôpitaux militaires concorde bien avec cette constatation plus précise, et c'est elle qui suggère à M. Vallin cette réflexion, que nous observons en France beaucoup moins de réversions qu'en Allemagne. Il résulte toutefois d'une statistique particulière de M. Paga, portant, il est vrai, sur des chiffres relativement peu élevés, qu'en 1878 et 1879, dans l'épidémie qui sévit sur la garnison de Nancy, il a été observé jusqu'à 7,7 réversion p. 100, si on ne

(1) *Deut. Arch. Klin. Med.*, 1885, XXXV, p. 468, et XXXVI, p. 151.

©BIU Santé

tient compte que des fièvres typhoïdes qualifiées, ou 5,7 p. 100 seulement, si l'on comprend les fièvres continues.

Quant à cette autre accusation portée contre le bain froid, qu'il accentuerait la gravité des réversions, le fait est encore bien plus contestable, quelque appui qu'aurait paru lui donner certaines statistiques particulières, — comme celle de Biermer. Quiconque a la moindre expérience de la méthode de Brand, sait qu'un de ces principaux avantages est de ménager aux malades une convalescence facile et de leur garder, après des semaines d'hyperthermie, des réserves de forces qui leur permettent de lutter avec les meilleures chances de succès contre quelque retour fébrile offensif que ce soit.

II

Il est possible d'observer, comme on sait, plusieurs *réversions successives;* mais les réversions *doubles*, authentiques, sont déjà très rares. Jaccoud n'en a pas observé un seul cas sur 594 fièvres typhoïdes. Ziemssen en trouve 4 cas avérés (plus un douteux) sur 832 malades; Steinthal 1 seul sur 539, et Schrœder en relève un seul cas également sur 2,140 observations.

Que dire des réversions *triples* et *quadruples?* De nos quatre auteurs, Ziemssen a vu un seul exemple de triple réversion à propos duquel il y a même des réserves à formuler. Bucquoy a observé trois réversions séparées par une courte période d'apyrexie et qui faisait traîner la maladie en longueur pendant plus de quatre mois.

Enfin, Irvine et Hallopeau ont observé jusqu'à quatre réversions. Le fait de Hallopeau paraît unique; les quatre attaques consécutives furent séparées par des intervalles d'apyrexie, durant de 13 à 31 jours; la deuxième dura 32 jours; les autres de 13 à 15 jours. Un point de doute résulte seulement de ce fait, que la diarrhée et les taches rosées ne reparurent que dans les deux premières attaques. La maladie totale ne dura pas moins de 200 jours (1). De semblables faits sont extrêmement intéressants; il doit en être tenu grand compte dans la discussion de l'origine et de la nature de la réversion.

Relativement à *l'âge* des sujets atteints, Steinthal a fait cette remarque, qu'aucun de ses malades n'avait atteint l'âge de 40 ans. Le plus âgé des vingt-quatre malades sur lesquels Michel a étayé la première description des réversions avait 30 ans. Schrœder observe dans un milieu militaire, il est vrai; le plus grand nombre des malades atteints de réversion avaient moins de trois ans de service; le plus âgé ne dépassait pas 32 ans. Murchison seul a signalé un malade de 44 ans. Il semble bien qu'il y ait dans ces résultats autre chose que la conséquence pure et simple des différences de fréquence de la fièvre typhoïde suivant l'âge, et que, de ce fait, l'immunité à l'égard de la réversion, soit mieux assurée que celle qui confère une première atteinte de la maladie vis-à-vis de la récidive.

Quant au *sexe*, si Ziemssen et Griesinger trouvent plus de femmes que d'hommes, Steinthal, Jaccoud, comme Murchison, rencontrent plus d'hommes que de femmes; ces contradictions, et aussi bien l'insignifiance des variations dans un sens ou dans l'autre, indiquent bien qu'aucun sexe n'apporte de prédisposition spéciale à cet accident.

(1) V. Hutinel. *Loc. cit.*

©BIU Santé

III

On s'est surtout appliqué à rechercher si toutes les formes et tous les degrés de gravité de la maladie exposaient indistinctement aux mêmes dangers de réversion, et sur ce point, les différents observateurs sont arrivés à des résultats concordant d'une façon remarquable.

Dans la pratique de Ziemssen, 73 p. 100, succédaient à des *formes légères ou moyennes*; Steinthal et Schrœder ont constaté, de même, que la première atteinte avait été légère, respectivement, dans 72 et 78 p. 100 des cas soumis à leur observation. Donc, les formes légères ou moyennes présentent trois fois plus de dangers de réversion que les formes graves.

Les faits de Jaccoud, groupés d'après la durée de la première atteinte, ne permettent pas une comparaison exacte avec ceux des auteurs allemands qui ont adopté une base de classement différente. Néanmoins, ils confirment cette loi dans leur ensemble et tendraient plutôt à renchérir sur l'immunité, résultant de la gravité de la première attaque. La plupart des praticiens, sans chiffres à l'appui, ont retiré la même impression de leur propre expérience, et Griesinger, qui a observé des réversions dans les formes ambulatoires, dit que cette particularité d'évolution est très rare dans les cas très graves.

Il suffit, toutefois, que dans un quart des cas on ait eu affaire à une forme grave, pour ruiner l'opinion attribuant la réversion à l'insuffisance de la première attaque, qui nécessiterait, pour consommer une évolution nécessaire, le rappel d'un processus succédané et compensateur (théorie de la compensation).

Mais il pourrait se faire, comme le dit M. Jaccoud, que la première attaque, suffisante par la durée, fût insuffisante par l'intensité du processus morbide. Or, il constate que le maximum thermique a toujours été au moins égal à ce qu'il est dans les cas normaux.

La réversion est généralement d'une durée plus courte que la maladie première ; cependant elle peut avoir une durée égale, et, on la voit aussi se prolonger davantage. C'est ce qui ressort du tableau suivant :

	Ziemssen	Steinthal	Schrœder	Jaccoud.
Réversion plus courte que la première atteinte..	27	37	38	42
— plus longue —	19	7	12	2
— de même durée —	17	1	2	1
Totaux.....	73	45	52	45

La durée moyenne de la réversion, disons-le dès à présent, est de quinze jours à trois semaines.

Existe-t-il, en dehors du caractère général de bénignité relative de la première attaque, une évolution clinique particulière, quelque symptôme indicateur de l'éventualité d'une réversion ?

Maclagan attribuait une certaine valeur à la *rareté des selles* dans le premier cycle et à la constipation pendant la période intercalaire ; mais de nombreux faits, les recherches faites à ce point de vue par Tuckwell et Murchison en particulier, ne permettent point d'admettre cette corrélation.

A la période de déclin, et au début de la convalescence, Wunderlich considère comme suspecte la *persistance anormale des exacerbations vespertines*. Rien de bien précis ne ressort encore de cette observation.

Les *urines* fournissent-elles un indice plus certain ? A. Robin a signalé

©BIU Santé

comme syndrôme urologique prémonitoire de la réversion, l'élimination insuffisante, à la période de décroissance, des matériaux solides qui, lorsque le processus est définitivement jugé, augmentent progressivement ou au moins se maintiennent à un taux élevé, et ici, sont en diminution et restent tels pendant la deuxième attaque ; en même temps persiste, pendant toute la durée de la fausse convalescence, l'albumine et l'indican. Bouchard a cependant constaté l'absence absolue d'albumine pendant la période intercalaire.

A. Chauffard a prétendu que l'apparition de la polyurie était un bon garant d'une évolution complètement terminée. P. Binet admet le fait d'une façon générale pour toutes les maladies aiguës (1); mais les observations de Damaschino ne permettent pas davantage de s'en rapporter à ce signe, attendu qu'il a vu la réversion survenir chez des malades qui rendaient par jour, en apyrexie, de 3,000 à 3,500 grammes d'urine. L'existence d'abcès critiques n'offre pas une base plus solide pour exclure la possibilité de la réversion, comme le pensait A. Chauffard.

Le renseignement le plus précieux, celui auquel les auteurs allemands attachent le plus d'importance, est fourni par la persistance de la *splénomégalie*. Ce signe, relevé par Gerhardt, confirmé par Henoch, est repris par Ziemssen, qui n'admet cependant pas, comme Gerhardt, que la rate garde, pendant l'apyrexie, le volume primitif (2). Une rate revenant lentement à la norme, dit-il, doit toujours inspirer des craintes de réversion. Dans un cas à double réversion, Ziemssen vit très nettement la rate diminuer dans les deux phases d'apyrexie pour augmenter de volume pendant les reprises du processus. Voici, par exemple, un cas type des variations de la rate pendant le cours d'une fièvre typhoïde à réversion. Dimensions au début, 19 centimètres sur 10; pendant l'apyrexie, 14 sur 7,7; pendant la réversion, 18 sur 10. Dans un cas de réversion double, Ziemssen a obtenu : attaque du début, 19 sur 10; première réversion, 15 sur 8; deuxième réversion, 13 sur 7. Les recherches de Steinthal confirment, d'une façon générale, celles de Ziemssen; cependant, il rencontre plus souvent que lui une rate à peine appréciable dans l'apyrexie.

IV

La *durée de l'intervalle apyrétique* est des plus variables. Elle oscille entre 1 jour et 46 jours. Jaccoud cite même une observation dans laquelle il n'y eut pas un seul jour d'apyrexie complète, les températures du soir étant encore fébriles au moment de la reprise du nouveau cycle; la réversion fut véritablement subintrante. Steinthal compte deux réversions dans ce cas, également signalé par Murchison, Guyard, Henoch. Il va sans dire que c'est pour les faits de cette nature, assez rares d'ailleurs et très litigieux en principe, qu'il est surtout nécessaire de voir confirmer le diagnostic de la réversion par l'évolution ultérieure et l'apparition de l'ensemble des symptômes caractéristiques.

46 jours est un autre délai extrême mentionné par Daga, et qu'on aura bien rarement l'occasion d'observer. Jaccoud rencontre les chiffres approchants de 38 à 40 jours, et Steinthal, 45 jours.

Dans les observations de Ziemssen, les neuf dixièmes des réversions se

(1) *Revue de la Suisse romande*, 1885, VI.

(2) Ziemssen insiste sur la nécessité d'une plessimétrie mathématique, la palpation ne donnant que des renseignements insuffisants.

©BIU Santé

sont manifestées dans les *quatorze premiers jours* de l'apyrexie complète; autrement dit, au quinzième jour de la convalescence, on est à l'abri de l'accident dans la grande majorité des cas. Il est curieux de retrouver un des délais critiques de l'ancienne médecine confirmé par les constatations les plus précises de la science moderne. Steinthal arrive au même résultat. Schrœder réduit aux quatre cinquièmes le chiffre des réversions débutant dans les 14 jours. Cette marge de deux septenaires donne, en tout cas, aux conjonctures pronostiques une base plus solide que le chiffre de 10 jours accepté par Jaccoud, lequel, s'il est justifié par sa statistique, exposerait, en d'autres circonstances, à de nombreux mécomptes.

Ziemssen, poursuivant un objectif qui nous étonne, cite encore, comme dates critiques, les cinquième, septième et quatorzième jours de l'invasion. La statistique de Schrœder, sans y contredire absolument, ne représente pas cependant le fait avec la même netteté.

La durée de l'incubation de la fièvre typhoïde étant de 10 à 14 jours, le grand nombre des réversions qu'on rencontre dès les premiers jours de la convalescence, et avant le dixième jour, témoignent suffisamment, pour le dire en passant, qu'une infection nouvelle ne peut être mise en cause, et nous enregistrons une importante donnée de plus pour la solution du problème étiologique.

Le début de la *fièvre* a lieu, soit par échelons gradués, comme dans la première attaque (dans les deux tiers des cas, d'après Steinthal; dans la moitié seulement, d'après Schrœder), soit par une ascension à pic et quelquefois avec frisson (Ziemssen, Murchison). Le premier mode seul indique qu'on est en présence d'une réversion et non d'une simple recrudescence, et on aura une certitude presque absolue à cet égard, avant l'apparition des symptômes confirmatifs, si, dès le troisième jour, la température est remontée à 40° (Steinthal). Cependant, le maximum thermique peut quelquefois être rapidement atteint dès le deuxième jour, et dès le premier jour même, dans certains cas qui débutent à la façon de véritables accès intermittents (Battle). Les températures hyperthermiques, avec lesquelles on se trouve si fréquemment et si rapidement aux prises, excluent d'abondance l'idée du catarrhe gastrique, de l'entérocolite, d'une septicémie ou d'une fièvre d'alimentation, accidents auxquels certains observateurs voudraient limiter la signification de ce second processus.

Hutinel croit pouvoir conclure de l'examen d'un certain nombre de tracés dus à Wunderlich, Irvine, Constantin Paul, etc., que l'ascension brusque annonce une réversion courte, une ascension lente indiquant une forme traînante et prolongée. Jaccoud admet également que la durée est d'autant plus courte que le maximum thermique est plus précoce. La première attaque, on le sait, ne prête à aucun rapport de ce genre.

Le type fébrile de la période d'état est rémittent à grandes oscillations ou rémittent irrégulier. Jaccoud signale la fréquence relative (45 fois sur 54 observations) des *températures inverses*. L'irrégularité thermique est, pour Irvine, d'un mauvais pronostic. La défervescence a lieu par grandes oscillations descendantes qui aboutissent assez rapidement, quelquefois en quarante-huit heures, à la température normale.

Steinthal a tiré des indications pronostiques d'une grande valeur, à supposer qu'elles se confirment, de l'étude du *dicrotisme* poursuivie comparativement dans les deux attaques. Le dicrotisme est moins fréquent dans la réversion; il manque dans les quatre cinquièmes des cas. Mais, observé

©BIU Santé

dans la première attaque, sa constatation à nouveau dans la seconde autorise à porter un pronostic grave. De fait, Steinthal a perdu 3 malades sur les 7 qui se trouvaient dans ces conditions, ce qui constitue une mortalité considérable. La réversion dans laquelle le dicrotisme apparaît pour la première fois ne comporte aucune gravité particulière.

(A suivre.) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

DU DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LA FEMME, par le docteur LECORCHÉ, médecin des hôpitaux. Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris, 1886.

Le nouveau livre que vient de publier M. Lecorché est à la fois un complément et un supplément à son *Traité du diabète* paru en 1877. Depuis cette époque, un certain nombre de faits et de recherches sont venus s'ajouter à l'histoire du diabète; il était bon de les réunir, de les critiquer et de chercher à en tirer une conséquence pratique. D'autre part, le champ d'observation de l'auteur s'est considérablement agrandi, comme le prouvent les 114 cas personnels de diabète chez les femmes, qui servent d'introduction à son travail; une expérience aussi riche, acquise par l'étude quotidienne des malades, donnait dès lors une autorité indiscutable à l'exposé de ses critiques et de ses idées propres. Enfin, le diabète chez la femme présente, dans ses allures, dans sa marche, dans ses rapports avec les fonctions de l'appareil utérin, des caractères particuliers qui méritent une étude à part, étude d'autant plus urgente que personne, jusqu'à présent, ne l'avait tentée. Voilà bien des raisons qui expliquent la publication de ce livre, bien des raisons aussi pour que ce livre soit à la fois utile et intéressant.

Et, de fait, M. Lecorché a été rarement mieux inspiré que dans ce nouvel ouvrage. Il ne s'agit pas ici d'un de ces livres de compilation ou de théorie, comme on les aime trop en France; c'est une œuvre personnelle, de pratique et d'observation, où le fait vu vient constamment à l'appui de l'assertion émise. On retrouve ce caractère de précision et d'originalité à chaque page du volume, dans les chapitres consacrés à l'étiologie du diabète féminin, à l'étude de l'urine diabétique, aux manifestations de la maladie sucrée sur les divers organes. Nous signalerons, en particulier, tout ce qui a trait aux lésions du foie et des poumons, aux troubles nerveux, à l'état du cœur chez les diabétiques.

L'augmentation de volume du foie est la règle, dans le diabète, pour M. Lecorché. Cette hypertrophie tient, d'une part, à l'accumulation du glycogène dans les cellules hépatiques; de l'autre, à la congestion qu'amène forcément le fonctionnement exagéré de la glande. Que, par le régime et le traitement, on améliore le diabète, et l'on voit en même temps baisser la glycosurie et diminuer la matité hépatique. On est donc en droit de dire que la seule lésion du foie propre au diabète est l'hypertrophie de la cellule glandulaire. Les altérations du tissu conjonctif, l'hépatite interstitielle hypertrophique ou atrophique, sont des lésions secondaires et non causales; elles tendent, au contraire, à faire disparaître le diabète, et l'auteur a montré, en effet, qu'un certain nombre de diabétiques mouraient avec les signes de la cirrhose atrophiques, et qu'à ce moment le sucre disparaissait de l'urine.

La question de la phthisie diabétique est traitée au point de vue nouveau créé par la découverte de Koch. L'existence d'une forme spéciale de phthisie pulmonaire propre au diabète n'est plus soutenable. La présence du bacille spécifique dans les crachats tranche la question au profit de la tuberculose. Mais, à côté de ces lésions bacillaires, M. Lecorché admet que, chez les diabétiques, il peut exister des altérations broncho-pulmonaires simplement inflammatoires, du catarrhe bronchique, de la dilatation des bronches, de la sclérose pulmonaire, avec absence de bacilles dans l'expectoration; et, en outre, il décrit une forme spéciale de bronchite, qu'il appelle bronchite diabétique. Cette variété de bronchite est assez fréquente, puisqu'il l'a observée chez le quart de ses diabétiques du sexe feminin; elle est remarquable par sa ténacité, ses intermit-

©BIU Santé

tences, ses retours fréquents, parfois sa fixité dans un des côtés de la poitrine; en tout cas, on ne constate jamais de bacilles de Koch dans les crachats.

Nous n'insisterons pas sur le chapitre consacré aux lésions cardiaques d'origine diabétique qui ont fait le sujet d'un mémoire spécial de l'auteur, ni sur les troubles nerveux, sensitifs, moteurs, intellectuels, si fréquents chez les femmes atteintes de diabète, et que M. Lecorché a eu l'occasion de minutieusement analyser chez ses nombreuses malades. Nous devons nous arrêter plus longuement sur les relations du diabète avec la vie utérine, la menstruation, la grossesse, etc. C'est la partie proprement topique d'une étude du diabète chez la femme. La question est abordée et traitée par M. Lecorché sous tous ses aspects. L'auteur étudie successivement l'influence des fonctions utérines sur le développement du diabète, les diverses lésions de l'appareil génital chez les femmes diabétiques, l'influence du diabète sur la menstruation, la grossesse, l'accouchement, l'action réciproque des règles et de la grossesse sur le diabète. Tous ces points sont traités à l'aide de documents personnels. La fréquence de l'eczéma vulvaire et de la métrite granuleuse du col, 32 fois sur 114 cas, montre l'importance de ces manifestations au point de vue du diagnostic du diabète chez la femme. M. Lecorché signale la fréquence des métrorrhagies; mais il ne croit pas à l'action directe de la glycémie sur la production de ces pertes de sang; elles s'y relient indirectement, par l'état local de l'utérus. On a dit que la stérilité était la règle chez les femmes diabétiques. Le fait est vrai dans une certaine mesure; mais, ici encore, ce n'est pas la dyscrasie sanguine qu'il faut incriminer, ce sont les lésions inflammatoires du col ou du corps de la matrice, lésions si communes dans le diabète. Quand l'appareil utérin est normal, la conception se fait et la grossesse arrive souvent à terme. Mais, si le diabète n'est pas un obstacle absolu à la fécondation, M. Lecorché pense qu'il porte une atteinte profonde au produit de la conception, qu'il altère sa nutrition, qu'il abrège ses jours ou détermine des vices de développement peu compatibles avec la vie; il signale d'une façon particulière l'hydrocéphalie qu'il a observée deux fois sur 7 enfants nés de mères diabétiques.

Bien d'autres chapitres mériteraient d'être analysés en détail : la nutrition dans le diabète, les formes et la marche du diabète de la femme, le coma diabétique et l'acétonémie. Nous ne pouvons qu'indiquer la critique des diverses théories de l'acétonémie et la description clinique que donne M. Lecorché de cette grave complication du diabète. La distinction qu'il établit entre le coma diabétique simple, dû au collapsus cardiaque, et le coma par intoxication acétonémique, est des plus importantes et demande à être prise en sérieuse considération, car elle explique bien des divergences et bien des contradictions.

Mais il est un point que nous devons mettre en évidence, parce que l'auteur y revient à plusieurs reprises avec insistance et qu'il y attache un grand intérêt soit au point de vue du pronostic, soit au point de vue des indications du traitement : c'est l'azoturie diabétique. Pour M. Lecorché, l'azoturie est la règle dans le diabète sucré; mais il faut en distinguer deux variétés : l'une, qu'il appelle *azoturie par hypernutrition*, est due à une combustion exagérée des albuminoïdes absorbés par l'intestin; c'est l'azoturie des premières périodes du diabète; elle est surtout marquée dans l'urine de la nuit, et on peut la faire baisser facilement en diminuant le chiffre des matières azotées ingérées par la malade. Elle est la preuve que le diabétique est encore valide, vigoureux; que sa nutrition n'a encore subi aucune atteinte grave; que ses tissus ont encore une vitalité et une résistance satisfaisantes. La deuxième variété, l'azoturie *par dénutrition*, appartient, au contraire, aux phases avancées de la maladie; elle est toujours beaucoup moins marquée que la première; elle coïncide avec la cachexie commençante; l'excès d'urée se produit alors au détriment de l'albumine fixe des différents tissus et indique la détérioration profonde de l'organisme. Cette azoturie secondaire ne tarde pas d'ailleurs à être remplacée par l'abaissement du chiffre de l'urée au-dessous de la normale, phénomène de la plus haute gravité, dont la persistance annonce la période ultime.

M. Lecorché attribue donc aux variations de l'urée une valeur pronostique considérable, qu'il place même parfois au-dessus des renseignements fournis par le chiffre de

©BIU Santé

la glycosurie. Ainsi, à propos de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques, il blâme l'excès de prudence qui aboutit à l'abstention systématique, et en posant les règles qui doivent guider le chirurgien, il indique, comme le meilleur critérium de la résistance vitale du sujet, l'existence de l'azoturie.

On voit que l'auteur n'admet pas la théorie qui fait du diabète une maladie par défaut d'oxydation ou par ralentissement de la nutrition. Il combat, au contraire, vigoureusement cette interprétation pathogénique, et la constance de l'azoturie, dans les premières périodes de la maladie, est pour lui la preuve qu'il y a non pas défaut, mais excès dans le travail organique, le *primum movens* de la série morbide étant toujours un trouble fonctionnel de la glande hépatique, une exagération de sa fonction glycogénique.

M. Lecorché tire encore des données importantes de l'étude de l'azoturie diabétique au point de vue du traitement. Ce chapitre est fait de main de maître, et il s'agit ici du traitement du diabète en général, car on comprend que le diabète de la femme ne comporte guère d'indications thérapeutiques autres que le diabète de l'homme. On reconnaît, dans ces pages remarquables, le médecin fait par un long usage au maniement des diabétiques de tout ordre. Nous recommandons surtout aux praticiens la lecture des chapitres consacrés aux diètes exclusive, lactée, carnée, graisseuse, au régime mixte que conseille l'auteur, au traitement hydro-minéral, à l'emploi des différentes eaux françaises ou allemandes que M. Lecorché manie avec une dextérité peu commune. Quant aux préparations pharmaceutiques, l'auteur les divise en deux classes qu'il dénomme *anti-diabétiques complets* et *anti-diabétiques incomplets*. Cette division originale lui permet de passer en revue les médicaments nouveaux préconisés contre le diabète et de démontrer péremptoirement que la triade ancienne, alcalins, opium et arsenic, constitue encore la seule médication rationnelle et utile du diabète, car seule elle répond aux véritables indications du traitement anti-diabétique, indications que l'auteur résume sous les six chefs suivants : 1° Faire baisser le chiffre du sucre; 2° faire baisser le chiffre de l'urée; 3° diminuer la polyurie; 4° provoquer le retrait du foie; 5° arrêter l'amaigrissement; 6° faciliter le retour de l'embonpoint. Programme thérapeutique qui répond point pour point aux données de la physiologie pathologique du diabète telle que la conçoit M. Lecorché.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du hoquet par la réfrigération du lobule de l'oreille, par Manoel Ramos. — Ce procédé consiste à réfrigérer le lobule de l'oreille avec l'eau froide et même seulement avec « la salive ». L'auteur a vu un cas de hoquet rebelle céder à ce moyen, et résister à tous les autres. (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1885, p. 513.) Notre confrère brésilien pense trouver l'explication de cet effet dans la mise en jeu de l'action réflexe. Il s'agit plutôt d'un de ces faits d'inhibition, tel que l'arrêt d'une attaque d'épilepsie par la flexion du gros orteil, ou la guérison d'une sciatique par la cautérisation rapide du lobule de l'oreille. M. Brown-Séquard a cité de nombreux cas de ce genre et y voit des phénomènes d'arrêt. — C. L. D.

L'élimination de l'arsenic par la sécrétion lactée, par M. Brouardel. — A propos d'une tentative d'empoisonnement, dont une nourrice avait été victime, et dont l'enfant avait succombé avec des symptômes cholériformes, le savant professeur de médecine légale a été conduit à examiner cette question. Du corps de l'enfant décédé, il put extraire 5 milligrammes d'acide arsénieux.

La vérification expérimentale de ce fait a été faite par M. Pouchet, sur des nourrices de l'hôpital Saint-Louis, soumises au traitement arsenical, par la liqueur de Fowler. Chez l'une d'elles, qui prenait chaque jour, depuis une semaine, 8 milligrammes d'arsenic, l'analyse chimique faisait constater 1 milligramme d'arsenic dans 100 grammes de lait.

Malheureusement les résultats de l'expérimentation sur les femelles d'animaux n'ont

©BIU Santé

pas été constants, en raison de la susceptibilité très variable de ces derniers pour l'arsenic. De ces faits, il faut conclure au danger d'administrer les préparations arsenicales aux nourrices et à l'activité de la sécrétion lactée, pour éliminer l'arsenic. (*Société de méd. légale*, 1885. — C. L. D.

Du traitement des éphélides par l'acide phénique concentré, par V. HALKIN. — On connaît combien les taches de rousseur sont rebelles aux traitements les plus divers. M. Halkin a obtenu d'excellents résultats, dit-il, de l'emploi du procédé suivant, dans lequel l'acide phénique est l'agent topique, et dont le manuel opératoire est fort simple.

Après un lavage de la peau et son assèchement absolu, on en efface les plis avec les deux doigts de la main gauche ; puis on enduit la partie tachetée d'une couche d'acide phénique qu'on laisse sécher. Les jours suivants, les taches deviennent plus apparentes et il se forme une lamelle d'épiderme qui, sept ou huit jours plus tard, se détache, mettant à nu la peau colorée en rose. Cette coloration fait place les jours suivants à la couleur normale. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, juin 1885, p. 345.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Une observation de *diabète sucré*, communiquée par M. DELAIRE, a été l'occasion d'un débat sur le traitement bromuré de cette affection; ample débat auquel ont pris part plusieurs membres de ce corps savant, et, en particulier, MM. Bax et Herbet. M. Delaire avait constaté l'impuissance du bromure à modifier la glycosurie. Il l'abandonna, soumit le malade au régime de Bouchardat et obtint sa guérison dans l'espace de quelques jours.

Ce fait démontre, après bien des auteurs, quelle est la modeste valeur de la médication bromurée dans le diabète. Il a été confirmé par les remarques de ceux qui, avec l'autorité de leur longue expérience clinique, n'hésitent pas à donner leurs préférences au traitement diététique.

Un autre membre du corps médical d'Amiens, M. LÉGER, a provoqué aussi un échange d'observations, relativement au *choix des purgatifs dans les affections abdominales*. Dans 2 cas, il avait vu l'administration du thé purgatif provoquer des accidents graves, une fois chez un malade atteint d'obstruction intestinale, l'autre fois dans le cours d'une péritonite tuberculeuse. L'origine de ces accidents a été attribué au séné que contiennent les mélanges vendus sous le nom de thé purgatif, et par M. Dufourmantel au principe résineux des follicules de ce végétal. Ce principe passe facilement dans une décoction et plus difficilement dans une infusion, de sorte que la conclusion pratique de ce débat est de préférer l'infusion de séné à sa décoction.

M. LESENNE (de Saint-Ricquier) a communiqué, dans la séance du 5 août, un fait clinique intitulé : *Pneumonie avec prodromes* et caractérisé par la marche insolite de la maladie dont les phénomènes initiaux avaient toutes les allures d'une fièvre typhoïde au début; par contre, les signes pneumoniques manquaient. Néanmoins, la sagacité clinique de M. Lesenne ne fut pas mise en défaut et l'évolution ultérieure de la pneumonie justifia son diagnostic.

Un cas de *hernie étranglée*, observé par M. AUX-ROUX (de Cayeux-sur-Mer) et terminé par guérison spontanée à la suite de bains prolongés, grâce à la prudence de notre confrère, mérite, avec le *compte rendu des maladies régnantes* par M. BAX, d'être mis à l'ordre du jour des travaux de ce trimestre. On voit, par là que, pour nos confrères amiénois, la saison d'été n'est pas la saison du repos. — Ch. E.

©BIU Santé

FORMULAIRE

INDICATIONS DU CHLORAL DANS LES MALADIES DU CŒUR. — G. Sée.

L'hydrate de chloral est efficace dans toutes les affections cardiaques, surtout dans celles qui sont caractérisées par une élévation de la pression vasculaire, ou par une impulsion énergique du cœur, ou bien encore, et cela d'une manière plus accentuée, dans les dyspnées cardiaques avec ou sans insomnie. Lorsqu'il existe de l'affaiblissement du cœur et de la dégénérescence graisseuse, on doit le supprimer, ou ne le prescrire qu'à faible dose, de crainte de provoquer un véritable collapsus. — L'hydrate de chloral agit : 1° comme hypnotique; 2° comme modérateur du pouvoir réflexe de la moelle épinière; 3° comme régulateur de l'action du cœur, en tant que nombre et force; 4° comme dépresseur de la tension vasculaire; 5° comme réfrigérant et modificateur de la respiration. — N. G.

COURRIER

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Le Bureau de la Société médico-pratique est ainsi constitué pour l'année 1886 : Président, M. A. Picard; premier vice-président, M. Richelot fils; deuxième vice-président, M. Groussin; secrétaire général, M. Cyr; secrétaire général adjoint, M. Tripet; secrétaires annuels, MM. Deniau et Leblond; trésorier, M. Vigier; archiviste, M. Dehenne; référendaires, MM. Collineau et Reliquet; conseil de famille, MM. Donadieu, Finot, Ed. Michel et Huchard; comité de publication, MM. E. Schwartz, Rœser, Boymond et Lutaud.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Damoiseau (d'Alençon), Armieux (de Toulouse.)

LÉGION D'HONNEUR. — Nous apprenons avec plaisir que le docteur P. Redard, médecin en chef des chemins de fer de l'État, est sur la liste des nouveaux chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 28 décembre 1885 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Rouvier, médecin en chef de la marine; Geoffroy, médecin de 1re classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de 1re classe de la marine Barret, Orhond, Barrallier, Debrieu, Rangé; M. Pichon, médecin de 2e classe de la marine; M. Léonard, pharmacien principal de la marine,

CONCOURS. — Le concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé par la nomination de M. Léger et Grimbert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Société de médecine de Paris a renouvelé son bureau pour 1886 de la manière suivante :

Président, M. Gillebert d'Hercourt père; vice-président, M. Fraigniaud; secrétaire-général, M. Thorens, et, par *interim*, M. Christian; secrétaires annuels, MM. Dehenne et Pellier; trésorier, M. Perrin; archiviste, M. Rougon.

Conseil d'administration : MM. de Beauvais et Le Blond, Comité de publication : MM. Christian, Deligny, Dehenne et Pellier.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Prunier, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est nommé, par décret du 11 décembre 1885, professeur de pharmacie chimique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : Des réversions dans la fièvre typhoïde. — II. Bibliothèque : Aliénés héréditaires. — Des cataractes. — III. Revue des Journaux : De l'acide phénique dans l'indigestion. — De la Jamaïca Dogwood en applications locales sur les brûlures. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Courrier.

Des réversions dans la fièvre typhoïde (1).

V

Nous avons dit l'importance du symptôme *splénomégalie* pendant l'apyrexie intercalaire comme signe avant-coureur de la réversion. Sa valeur n'est pas moindre dans la phénoménologie de l'accident confirmé. Le développement de la rate est constant, son volume est le même que ci-devant, ou il est en légère diminution; dans quelques cas, il est supérieur.

Mais, un phénomène plus significatif encore, c'est l'apparition des *taches rosées lenticulaires ;* celles-ci complètent le tableau et dissipent les derniers doutes; seulement, on ne doit pas ignorer que la fréquence avec laquelle on les rencontre est très variable, suivant les milieux et les épidémies. Ziemssen les constate, en effet, dans 77 p. 100 des cas; Steinthal, dans 55 p. 100; Jaccoud, dans 27,7 p. 100. La proportion minima est donnée par Schrœder : 15 p. 100; mais, à Saint-Pétersbourg, les taches rosées sont déjà rares dans la typhoïde primitive.

A côté de ces inégalités dans la fréquence, on doit mentionner un caractère signalé par tous les observateurs avec une constance bien remarquable, c'est la *précocité* de leur apparition. On peut les rencontrer dès le premier, le deuxième jour. Michel l'avait déjà dit. Ziemssen, Steinthal, Schrœder, Jaccoud le confirment; mais ce sont là des exceptions, c'est vers le *cinquième jour* qu'on les observera le plus communément. Ziemssen les a vues surtout avant le sixième jour, 69 p. 100; Steinthal avant le septième, 68 p. 100. La limite extrême de l'apparition est le quatorzième jour. L'éruption des taches rosées est quelquefois très abondante; elle peut faire défaut dans les deux attaques, mais elle peut apparaître dans la réversion alors qu'elle avait manqué la première fois; ce cas est le plus rare; grande irrégularité dans la durée qui peut n'être que de quelques jours, ou qui se prolonge pendant toute la période fébrile. Les symptômes abdominaux sont, en général, peu accusés; la diarrhée est modérée et les selles sont plus souvent molles que typhiques.

La *bronchite* est fréquente; sur trois cas où elle s'est montrée pour la première fois dans la réversion, Steinthal a eu deux décès; il n'hésite pas à poser en loi que la bronchite qui se présente ainsi est d'une signification pronostique grave; la localisation intestinale n'a pas suffi, dit-il, quoi que s'y reprenant à deux fois, pour épuiser les effets du poison; celui-ci cherche dans les bronches une voie d'élimination supplémentaire, d'où l'indice d'une intoxication grave joint au danger d'un processus dévié. Théorie à part, le fait est assez intéressant pour qu'on désire l'appoint d'observations confirmatives; Schrœder, de son côté, trouve plus de récidives graves, proportionnellement, parmi les cas qui ont évolué sans bronchite.

Les caractères des *urines* de la convalescence ont été incomplètement étudiés. D'après A. Robin, la teinte orangée de la convalescence vire au jaune-rouge verdâtre, d'autant plus foncé que le cas est plus grave; en

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

©BIU Santé

même temps, la polyurie a cessé, la teneur en matériaux solides diminue. Les combustions semblent donc moins actives et la dénutrition moins rapide que dans l'atteinte principale.

La durée de la réversion nous a déjà occupés. Quant à sa *gravité*, on sait depuis longtemps qu'elle évolue généralement avec une grande bénignité. Ziemssen et Steinthal n'ont guère qu'une réversion grave sur 10; Schrœder, 1 sur 4. Ziemssen accuse une mortalité de 2,8 p. 100; Steinthal, 8,8 p. 100, Schrœder, 5,5 p. 100. Les malades de Schrœder sont soumis au traitement hydrothérapiqne, ceux de Ziemssen également, mais avec une plus large coopération des antipyrétiques. On voit que la méthode de Brand peut être aussi bien disculpée d'une augmentation de la mortalité dans les réversions que d'une influence quelconque sur leur fréquence.

Les chiffres aggravants de Liebermeister et de Biermer sont dus à des hasards malheureux de séries qui peuvent tout aussi bien grever la médication commune, à preuve certaine statistique de Murchison.

La *mort* est moins souvent la conséquence de l'état adynamique qui suit naturellement une fièvre prolongée, ou de l'intensité de l'intoxication, que le fait d'une complication. Steinthal et Ziemssen signalent parmi les complications accompagnant les réversions, par ordre de fréquence, l'hémorrhagie intestinale, la thrombose fémorale, la pneumonie, la pleurite, la péritonite par perforation. Jaccoud et Hutinel ont vu se déclarer une méningite cérébro-spinale suppurée amenant rapidement la mort.

Ces accidents, en somme, sont rares, et ce qui démontre une fois de plus l'intérêt de la distinction clinique de la réversion et de l'exacerbation ou recrudescence et l'importance du diagnostic différentiel, c'est qu'ils existent, au contraire, plus ou moins patents, au principe de toute recrudescence, et que le pronostic de celle-ci s'en trouve singulièrement aggravé, comparativement à celui de la réversion qualifiée. Wunderlich l'avait déjà fait ressortir; et Ziemssen compte pour 1878-1879, sur 26 recrudescences, 13 formes graves, soit 50 p. 100 (au lieu de 8 p. 100) avec 3 décès pour 15,5 p. 100 (au lieu de 2,8 p. 100). Sur ces 26 cas, il rencontre 2 péritonites par perforation, 2 pneumonies croupales, 3 pneumonies hypostatiques, 1 embolie pulmonaire, 2 thromboses crurales, 3 hémorrhagies intestinales, 1 muguet, 1 empyème.

Or, il n'a eu en tout que 18 complications dans le cours de 108 réversions; 1 ulcération laryngée, 2 pneumonies croupales, 1 pleurite, 4 hémorrhagies intestinales, 3 thromboses crurales, etc. (1)

VI

La mort étant assez rare dans les réversions, on s'explique qu'on ait pu longtemps discuter sur l'existence et la *nature des lésions* qui y sont associées. Il est établi aujourd'hui qu'on rencontre, dans la plupart des autopsies, sinon toutes, deux ordres de lésions intestinales, des lésions anciennes sur des plaques de Payer cicatrisées ou en voie de réparation, et des lésions

(1) Par un singulier artifice de composition, Steinthal est amené, à la fin de son mémoire, à remanier tous ses chiffres à la suite d'un travail de rectification auquel il soumet, après coup, les feuilles d'observations qui servent de base à ce travail. Mais il est toujours scabreux, ainsi que le lui objecte Ziemssen, de réformer à distance le diagnostic d'autrui. Une observation est toujours incomplète et ne saurait prévaloir contre l'examen concret au lit du malade et le diagnostic qn'il a suggéré.

OBIU Santé

récentes portant sur des plaques ou des follicules respectés par la première attaque, et qui passent par toutes les phases de l'évolution classique.

On a cité cependant des faits dans lesquels on n'avait trouvé aucune trace dans l'intestin d'un processus spécifique réitéré, à l'issue d'une réversion paraissant qualifiée. Des observateurs en ont été témoin, dont l'autorité ne saurait être récusée, comme Trousseau qui partait de là pour nier qu'on rencontrât jamais des lésions intestinales d'âge différent. Les faits de cette nature sont rares ; ils le seront encore plus à mesure qu'on établira avec plus de rigueur, d'après les données que nous avons dégagées, le diagnostic différentiel de la réversion et de la recrudescence, difficile dans certaines circonstances. Par exemple, on assimile à des réversions rares certaines « rechutes thermiques sans symptômes typhiques et sans complications » (Hutinel). Dans une observation de Brouardel que mentionne la thèse de Guyard, on voit évoluer pendant quatorze jours, une seconde fièvre typhoïde quant à la fièvre ; période d'ascension, deux jours ; période d'état, sept jours ; période de déclin, quatre jours ; seulement, et c'est là le point capital, il n'apparaît aucun des symptômes propres à la fièvre typhoïde ; ni météorisme, ni diarrhée, ni taches rosées ; ce n'est donc pas une réversion.

La thèse de E. Labbé renferme un fait identique. Mais c'est Bernheim qui a le mieux étudié cet accident spécial qu'il appelle *fièvre de convalescence*, *fièvre de retour*, et qu'il rapporte, un peu métaphoriquement, à « une habitude du système nerveux. » Après une période d'apyrexie de un à seize jours, on assiste à une reprise de la fièvre durant six jours au minimum, mais qu'on a vu aussi se prolonger jusqu'à deux mois après le début de la convalescence. C'est une fièvre essentielle, à proprement parler : la langue est humide, l'appétit normal, le ventre souple, les selles régulières (1). Il est infiniment probable que ces cas, terminés par la mort, ne présenteraient aucune lésion intestinale. S'agit-il d'un épisode spécial, d'une évolution particulière de la typhoïde commune ; ou est-on en présence d'une réversion véritable, dans laquelle la lésion intestinale a fait défaut, d'une forme fruste qu'il ne saurait nous étonner de rencontrer ici, quand on sait que la dothiénenterie jugée d'une seule attaque en offre plus d'un exemple? Il est difficile de prendre parti dans l'alternative ; mais de l'étude à laqulle nous nous sommes livrés, il ressort, avec trop d'évidence, que le diagnostic de la réversion doit être une résultante d'éléments trop divers, pour que le seul critère tiré de la température n'excite pas, malgré sa valeur, des défiances justifiées.

Dans le même esprit, on se gardera de placer l'étiquette de réversion sur des symptômes, et à propos de lésions d'entérocolite, surtout lorsqu'il s'agira, comme dans le cas si souvent cité de Cornil, d'un malade en évolution de tuberculose. On ne perdra pas de vue, d'ailleurs, qu'on peut trouver, à côté des lésions spécifiques de l'intestin grêle, des ulcérations simples du colon et du rectum (Ceppi, Homolle), et qu'il y a à faire la part distincte de ce qui revient, dans cet ensemble, à la complication banale et au processus de réversion.

Le traitement de la réversion est des plus simples ; il est surtout diététique et hygiénique ; la guérison spontanée est assurée dans la majorité des

(1) Bernheim, *Leç. de clin. méd.*, 1877, p. 349.

cas. Quelques-uns, revenant à la médication antithermique du début, rendent le bain froid. Ziemssen ne donne plus les antipyrétiques, quinine et salicylate de soude, qu'à dose moitié moindre. Souvent on continue l'alimentation de la convalescence. D'autres s'abstiennent de toute médication et ne trouvent d'indication à une intervention active qu'en présence d'une complication et dans le sens que celle-ci comporte.

VII

Il était absolument nécessaire d'envisager ainsi dans leurs détails tous les aspects cliniques de la réversion, à quelque longueur et à quelque aridité que nous dussions être entraînés, avant de pouvoir aborder la question de nature en connaissance de cause.

Tant qu'on confondit, sous le nom uniforme de rechutes, tous les accidents du déclin et de la convalescence de la maladie susceptibles d'en troubler la marche normale, on n'eut pas l'idée d'en placer le point de départ ailleurs que dans les écarts de régime et les fautes d'hygiène intervenus d'une façon évidente dans certains cas particuliers.

Mais lorsque, en y regardant de plus près, on eut pu se convaincre qu'on était souvent en présence d'une seconde fièvre typhoïde, évoluant sur de nouveaux frais, quand la thermométrie clinique vint apporter son critérium décisif, et après, enfin, que les constatations nécropsiques eurent fourni la preuve matérielle, en montrant la coexistence de lésions anciennes et de lésions récentes, on douta avec raison que l'intervention de causes banales, d'une indigestion, d'un refroidissement, pût avoir d'autre conséquence qu'un catarrhe gastrique, qu'une bronchite, bien loin d'aller jusqu'à provoquer la répétition d'un processus spécifique.

D'ailleurs, on voyait se produire ces récidives précoces dans des cas où il était impossible de relever aucune imprudence, chez les malades les mieux surveillés. D'autre part, nous voyons Schrœder, celui de nos auteurs qui rencontre, de beaucoup, le plus petit nombre de réversions, dont les observations portent sur qui ? Sur le plus intempérant et le moins réservé des malades, dit-il, le soldat russe.

Aujourd'hui, il y a unanimité pour placer ailleurs l'origine des réversions, et lorsque celles-ci se déclarent à la suite de fautes de régime, il faut admettre qu'il s'agit d'une simple coïncidence, ou que l'infraction relevée a joué tout au plus le rôle d'une cause occasionnelle. L'identité des symptômes et des lésions dénonce l'identité des causes, le poison typhoïde est présent où l'appareil typhoïde existe et accompagne les désordres spécifiques.

Quelques observateurs ont donc admis, comme Lorain, Hervieux, Griesinger, que la réversion était, au même titre que la récidive, le résultat d'une infection nouvelle. Ainsi, en contradiction avec ce qui se passe dans toutes les maladies infecto-contagieuses, l'immunité conférée par une première attaque ne serait rien moins qu'acquise à aucune époque ; il y aurait même une prédisposition véritable à la réinfection chez les typhoïdiques convalescents, qui sont atteints une seconde fois hors de toute proportion avec le pour cent infime des cas intérieurs dans nos hôpitaux ; de même, les récidives lointaines de fièvre typhoïde sont bien moins fréquentes que les pseudo-récidives précoces ou réversions. Enfin les délais si variables de la période d'apyrexie intercalaire n'atteignent que très rarement, comme nous l'avons vu, la durée moyenne qu'on accorde à l'incubation de la fièvre

typhoïde, et qui est de 12 à 15 jours; que dira-t-on surtout des réversions subintrantes pour lesquelles il faudrait faire remonter la date de l'infection en pleine période d'état; ici, bien évidemment, les difficultés s'exagèrent et les impossibilités s'accumulent.

Gerhardt a tenté de rapporter la prétendue fréquence des réversions, à la suite du traitement hydrothérapique, à une réinfection par l'eau qui s'est chargée, dans les bains précédents, de principes infectieux; mais nous avons vu que le fait même de cette fréquence n'est pas démontré, et il resterait à trouver le véhicule de l'infection pour les malades soumis au traitement commun.

Hamernjk et Maclagan invoquent un autre mécanisme; ils admettent une auto-intoxication due à la résorption des produits putrides élaborés par l'intestin du malade lui-même. Les glandes saines seraient inoculées par les principes septiques, provenant des glandes ulcérées, de même qu'on voit les pustules vaccinales se multiplier dans leur voisinage, par auto-inoculation. Cette idée est ingénieuse assurément, mais elle soulève, en pathologie générale, les mêmes objections que l'hypothèse de la réinfection ectogène; aussi a-t-elle trouvé peu d'adeptes.

On est donc conduit à admettre que la fièvre typhoïde à réversion est une forme clinique spéciale de la maladie, la conséquence d'une infection qui se juge en deux, trois, quatre temps, d'un processus qui se déroule en plusieurs étapes. Cette évolution par saccades, cette marche par à-coup, peut être considérée, ainsi que le disait Trousseau, comme le résultat des efforts réitérés de l'économie, pour se débarrasser d'un poison, dont elle n'a pu, en une seule fois, vaincre l'étreinte. Peut-être ce poison même diffère-t-il en quantité ou en qualité, de celui qui donne naissance à la fièvre typhoïde commune. Dans tous les cas, il s'agit bien d'une seule et même maladie, de même que les accès successifs auxquels donne lieu une attaque de fièvre tierce ou de fièvre quarte, font partie d'un seul et unique processus, ne supposent qu'une intoxication.

N'avons-nous pas déjà, parmi les maladies infectieuses, dans la fièvre à rechutes, le typhus récurrent, l'exemple bien défini d'une affection procédant par paroxysmes séparés, par poussées successives? M. Raynaud avait déjà fait cette comparaison et admettait que la fièvre typhoïde à réversion est à la fièvre typhoïde, ce que le relapsing fever est au typhus vrai. Le rapprochement est forcé en ce sens que les relations réciproques de ces deux dernières maladies paraissent moins étroitement établies qu'entre la fièvre typhoïde à réversion et la typhoïde commune, et qu'il tend à impliquer d'une différence d'évolution, une différence de nature, qui n'est pas démontrée. Il est cependant à retenir, de même que celui qu'évoque tout naturellement l'histoire d'une autre maladie infectieuse, fort discutée encore quant à sa nature, la fièvre méditerranéenne, *rock fever*, *febris comitata*, etc., au point de vue du lien de parenté que resserre plus intimement encore ce caractère commun de la répétition symptomatique successive, entre les maladies de la grande famille des typhus. R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES ALIÉNÉS HÉRÉDITAIRES, par le docteur Th. TATY, ancien interne de l'asile d'aliénés de Bron. — J.-B. Baillière, 1885.

Ce travail intéressant et consciencieux, que l'auteur a exécuté sous la direction de

M. le professeur Pierret et du docteur Max Simon, ses chefs de service, est consacré à combler les lacunes qui existent encore dans l'importante question de l'influence de l'hérédité sur la production de la folie. Cette influence est tellement prouvée par les statistiques qu'il n'est plus besoin d'en fournir de nouvelles preuves. Mais, comme le dit M. Taty, dans son avant-propos, « ce que l'on connaît moins bien, ce sont les manifestations symptomatiques, le *comment* de l'hérédité, suivant l'expression de M. Legrand du Saulle. On sait que cette cause se traduit souvent par des symptômes bien nets; qu'elle crée des types cliniques si frappants qu'il est impossible de les méconnaître (idiotie); qu'elle intervient enfin avec une très grande influence dans la formation d'autres variétés (excitation maniaque), etc. On a même été jusqu'à donner le nom de folie héréditaire à certaines de ces formes, à l'exclusion des autres. Ce qui manque, c'est une vue d'ensemble des plus constants de ces types, il reste à montrer en quoi ils se rapprochent les uns des autres, en quoi ils se distinguent des autres formes d'aliénation, et comment sous l'influence des autres facteurs qui entrent en ligne de compte avec l'hérédité morbide dans la pathogénie de l'aliénation, ils arrivent à se fondre, à perdre leur couleur spéciale au point de n'être plus saisissables. » Ayant si bien indiqué le but qu'il se proposait, l'auteur, à qui les observations ne manquaient pas, a réussi à tenir sa promesse. Son œuvre est essentiellement clinique et prouve que M. Taty est appelé à prendre rang parmi nos meilleures praticiens aliénistes.

P. L. G.

DES CATARACTES ET DE LEUR TRAITEMENT, par le docteur GALEZOWSKI.
Premier fascicule. — 1885, Félix Alcan.

Ce premier fascicule, de 260 pages, sera complété par un second terminant l'ouvrage, et devant paraître dans le courant de cette année; il comprend une première partie traitant de l'anatomie et de la physiologie du cristallin.

La deuxième partie, consacrée aux cataractes en général, se divise en cinq chapitres. Les deux premiers contiennent la description des cataractes capsulaires et lenticulaires et de leurs variétés si nombreuses, chaque description étant appuyée par des observations cliniques.

Dans le chapitre III, l'auteur étudie les symptômes : mouches volantes, photophobie, irisation et grossissement des objets lumineux, diplopie et polyopie, diminution de l'acuité visuelle, myopie acquise.

Le chapitre IV est consacré à l'étiologie et le Ve au diagnostic. — P. L. G.

DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES,
par M. P. GARNIER, pour 1884. — Félix Alcan, 1885.

Nous sommes un peu en retard pour signaler la vingtième année de cette publication. Ce genre d'ouvrage est d'ailleurs impossible à analyser; il peut rendre des services aux travailleurs en leur fournissant des renseignements bibliographiques, mais l'analyse des travaux signalés est rarement assez complète pour dispenser de se reporter aux sources. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

De l'acide phénique dans l'indigestion (*British medical Journal*, 21 mars 1885). — Dans une leçon sur l'indigestion, le très distingué professeur LAUDER BRUNTON parle d'une forme de pyrosis hyperesthésique, d'une sensation d'*acidité subjective* contre laquelle l'emploi des alcalins a été jusqu'ici universellement conseillé.

Le docteur Dixon, dans un article du *British medical Journal* du 7 mars 1885, appelle l'attention sur les bons résultats que donne l'administration à l'intérieur de petites doses d'acide phénique, dans l'indigestion accompagnée d'acidités, de flatulences et de douleurs stomacales. Dans maintes occasions, les bénéfices en ont été des plus nets, certains cas restés intraitables jusqu'ici ayant cédé immédiatement à l'administration de ce nouvel agent thérapeutique.

Dans ces états dyspepsiques que caractérisent la douleur, la flatulence, les renvois acides, et qui se terminent souvent soit par le vomissement, soit par la diarrhée colliquative, le docteur Dixon donne avec succès deux gouttes d'une solution phéniquée concentrée, dans 30 grammes d'eau, associées à 0,30 centigr. de carbonate de soude et à 25 gouttes d'esprit aromatique d'ammoniaque (1). Ce moyen est également efficace dans la dyspepsie des grands buveurs de thé. De son côté, le docteur Edward Berdœ écrit au même journal, à la date du 21 mars 1885, qu'il a dernièrement traité plusieurs cas d'indigestion à l'aide de l'acide phénique, et, chaque fois, avec de tels résultats qu'il est désireux d'ajouter son témoignage à celui du docteur Dixon.

C'est également dans ces formes de dyspepsies douloureuses, à la fois flatulentes et acides, qui, chez quelques sujets, suivent immédiatement l'absorption du moindre aliment, que l'acide phénique s'est montré d'une incontestable utilité. Pour la forme d'administration, il préfère la suivante à celle qu'adopte le docteur Dixon :

Acide phénique cristallisé.	1 partie.
Glycérine.	4 parties.

Pour faire une solution dont on donnera de 5 à 10 gouttes dans un demi-verre d'eau de menthe poivrée ou autre véhicule convenable. Quand la douleur stomacale est très marquée, on peut ajouter 5 à 6 gouttes de laudanum ou 1 goutte ou 2 des gouttes anglaises noires des quakers, ou quelques gouttes (5 à 10) de teinture d'opium ammoniacale (2).

S'il semble nécessaire surtout d'augmenter les contractions péristaltiques de l'estomac, on peut utilement associer à la préparation 5 à 10 gouttes de teinture de noix vomique.

Comment agit l'acide phénique dans ces cas? Est-ce en arrêtant les fermentations dans l'estomac ou est-ce par son action topique anesthésique et calmante sur les parois stomacales? — L. Dn.

De la Jamaïca Dogwood en applications locales sur les brûlures (*The Therapeutic Gazette*, octobre 1884). — La Jamaïca Dogwood fait beaucoup parler d'elle depuis quelque temps, en Amérique et chacun s'ingénie à lui découvrir chaque jour quelque nouvelle vertu. La puissance anesthésique ou calmante de la Jamaïca Dogwood mériterait de susciter chez nous quelques expériences de constatation ; le docteur Shepperd dit avoir découvert dans la Jamaïca Dogwood un excellent topique pour calmer les douleurs suites d'échaudement par la vapeur ou l'eau bouillante.

Un vieux linge bien trempé et dûment imbibé d'extrait fluide de Jamaïca Dogwood est étroitement appliqué sur les parties atteintes. On a soin d'entretenir l'humidité du pansement par de fréquentes imbibitions avec l'extrait fluide. Grâce à ce moyen on verrait « le feu » diminuer et disparaître au bout de peu d'heures. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

On a trouvé six plis cachetés que M. Edouard Robin avait déposés au secrétariat de l'Académie en 1850 et en 1851. L'auteur, qui habite maintenant l'Algérie, demande que ces plis soient ouverts, et M. Berthelot a manifesté le désir que l'ouverture ait lieu en sa présence. Comme le savant académicien n'assiste pas à la séance, l'opération est ajournée.

L'Académie a reçu des lettres de remerciements de tous les lauréats.

M. le Président a la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de M. Tulasne

(1) Préparation officinale anglaise et française.
(2) Toutes préparations officinales.

(Louis-René), membre titulaire de la section de botanique, décédé à Hyères, le 22 décembre dernier, à la suite d'une attaque d'apoplexie. M. Tulasne était entré à l'Académie en 1854, remplaçant M. Adrien de Jussieu. En 1864, pour des raisons de santé, il se retira, aux environs d'Hyères, dans une petite propriété qu'il cutivait, pour ainsi dire, de ses mains avec l'aide de son frère, M. le docteur Charles Tulasne, mort l'année dernière. Tous deux étaient extrêmement charitables et ils sont universellement regrettés dans la contrée.

M. Louis-René Tulasne a fait ses plus remarquables travaux sur la mycologie. Le 22 décembre dernier, il était sorti le matin comme il en avait l'habitude; frappé à midi, il est mort à quatre heures sans avoir repris connaissance.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique demandant que l'Académie désigne un de ses membres pour remplacer M. Yvon Villarceau au bureau des Longitudes.

M. VULPIAN dépose sur le bureau une note complémentaire sur les fonctions du nerf de Wrisberg, dont il avait parlé dans une des précédentes séances. — Il dépose également une note concernant de nouvelles recherches sur les glandes salivaires du chien; — et une brochure, de M. Laffond, sur l'enseignement de la toxicologie en Allemagne et en Russie.

M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE, de la part de M. l'amiral Serres, présente un volume intitulé : *Des marines de guerre chez les anciens.*

Et M. HÉBERT, au nom de MM. Vasseur et Carez, une nouvelle carte géologique de la France au cinq cent millième.

Nous mettons sous les yeux du lecteur la note de M. P. REGNARD, que nous avons mentionnée dans notre avant-dernier *Bulletin.*

Elle nous paraît avoir une importance réelle, comme toutes les recherches qui se proposent de déterminer la limite entre les phénomènes physiologiques et les phénomènes inorganiques :

« Dans la cellule végétale, la chlorophylle est intimement liée aux grains du protoplasma blanc. Elle les colore et ils n'ont d'action réductrice sur l'acide carbonique, ils ne le décomposent en ses éléments qu'autant qu'elle est jointe à eux. C'est là la condition expresse de la fixation du carbone dans les tissus de la plante et du dégagement de l'oxygène.

« Il y a, dans cette conformation du grain chlorophyllien, quelque chose d'analogue à l'alliance de la globuline incolore et de l'hémoglobine rouge dans le globule sanguin. Dans le globule rouge, l'hémoglobine, la substance colorée a seule un rôle physiologique dans l'absorption de l'oxygène; son action s'exerce même quand elle est séparée de la globuline. En est-il de même dans l'élément végétal? La chlorophylle peut-elle agir comme substance chimique et en dehors de tout substratum?

« Tous les auteurs classiques répondent à cette question par la négative et disent que la chlorophylle, pour décomposer l'acide carbonique et dégager de l'oxygène à la lumière, doit être unie à son support de protoplasma incolore et que, séparée de lui, elle est inerte. Cette opinion, suivant nous, serait trop absolue et tiendrait à ce que les moyens d'investigation employés par les expérimentateurs n'étaient pas suffisamment délicats. Si, en effet, on place dans de l'eau tenant en solution de l'acide carbonique, soit une solution alcoolique de chlorophylle, soit des cellules végétales pétries et broyées, et si l'on attend le dégagement des bulles d'oxygène pour avoir la preuve de la décomposition de l'acide carbonique, on a toujours un résultat négatif. Nous avons eu l'idée de procéder autrement et de nous servir d'une méthode beaucoup plus délicate.

« Nous faisons dans l'eau une solution de bleu Coupier, que nous décolorons exactement par l'hydrosulfite de soude bien neutre. Cette décoloration doit se faire avec une grande précision, de telle sorte que la moindre trace d'oxygène ramènera la solution au bleu. On a là un réactif d'une exquise sensibilité, bien souvent employé par M. Schützenberger.

« Pour essayer ce réactif, nous prenons un vase qui est rempli complètement grâce à

©BIU Santé

un bouchon à robinet; nous y mettons un fragment de feuille de *Potamogeton* et nous exposons le tout à la lumière du soleil. En moins de cinq minutes le liquide du flacon est redevenu d'un bleu intense.

« Cela dit, voyons si la chlorophylle a besoin : 1° d'être renfermée dans la cellule végétale ; 2° d'être même jointe au protoplasma incolore, pour décomposer l'acide carbonique.

« 1° Les grains de chlorophylle ont-ils besoin d'être renfermés dans la cellule végétale pour agir sur l'acide carbonique ? Nous répondons : non. En effet, nous broyons dans un mortier d'agate des feuilles tendres de laitue avec de la poudre d'émail, ce qui nous donne une trituration très complète. Nous ajoutons de l'eau et nous filtrons. Nous obtenons dans le filtre un liquide verdâtre contenant de nombreux corps chlorophylliens, des fragments déchirés de cellules ; mais pas une cellule intacte ne traverse le papier.

« Nous divisons ce filtrat en deux parts. L'une est mise, avec du bleu Coupier décoloré, dans un flacon à robinet exactement rempli et renversé sur le mercure, puis exposé au soleil. L'autre, mise avec le même bleu décoloré et dans un récipient identique, est laissée à l'obscurité.

« En deux heures, la chlorophylle insolée a dégagé assez d'oxygène pour que la solution soit devenue d'un bleu intense. Dix jours après l'expérience, la solution laissée dans l'obscurité était encore incolore.

« Ainsi isolés de la cellule, les grains de chlorophylle dégagent donc l'oxygène de l'acide carbonique dissous dans l'eau et fixent sur eux le carbone. Leur situation est alors celle des globules sanguins sortis des vaisseaux, et qui continuent néanmoins leur action tout en la ralentissant.

« 2° Mais il faut aller plus loin, et isoler complètement la chlorophylle. Pour cela, nous la dissolvons dans l'éther ou l'alcool ; puis nous trempons dans la solution des lamelles de cellulose pure, que nous desséchons rapidement dans le vide et à froid. Nous faisons ainsi de véritables feuilles artificielles, vertes, mais sans cellules et sans protoplasma blanc; la chlorophylle avec la xanthophylle restent seules sur la cellulose. Ces feuilles artificielles, bien desséchées, sont mises dans le bleu décoloré, puis exposées au soleil ; elles dégagent alors assez d'oxygène pour recolorer ce bleu en deux ou trois heures. L'échantillon témoin laissé dans l'obscurité demeure tout-à-fait incolore.

« Nous concluons donc de ces faits : 1° que les corps chlorophylliens séparés de la cellule continuent à décomposer l'acide carbonique ; 2° que la chlorophylle séparée du protoplasma agit aussi, mais avec une intensité très faible. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Rapports sur un exemple rare de polype de l'amygdale; sur un kyste thyroïdien à parois calcifiés.— Communication avec présentation de pièce anatomo-pathologique, d'une observation de pseudarthrose ancienne des deux os du membre inférieur. — Périostose du crâne chez un scieur de long.— Election d'un membre titulaire et nomination de commission.

M. Nepveu fait un rapport sur un exemple rare de polype fibro-muqueux de l'amygdale. Cette observation adressée par M. le professeur Masse, de Bordeaux, est particulièrement remarquable, dit M. le rapporteur, par l'étude minutieuse qui en a été faite au double point clinique et anatomo-pathologique.

Le polype dont il s'agit s'insérait sur l'amygdale gauche, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de cette glande; son pédicule était rétréci, du volume d'une plume d'oie; sa longueur était d'environ 3 centimètres; il présentait sur son étendue trois renflements successifs de la grosseur d'un grain de groseille.

Ce polype était mobile, se portait tantôt en avant vers la pointe de la langue, tantôt en arrière vers l'épiglotte. Le malade éprouvait souvent des envies irrésistibles de tousser et de cracher; il avait parfois des enrouements subits et passagers quand le polype descendait vers l'épiglotte et chatouillait sans doute les replis aryténo-épiglottiques.

©BIU Santé

Le polype était rouge et d'un tissu mou, en tout comparable, pour la consistance, à la muqueuse pharyngienne. Le pédicule était très résistant et M. Masse essaya vainement de le tordre avec des pinces pour pratiquer l'extirpation. Ayant alors fait largement ouvrir la bouche au malade, il put sectionner d'un seul coup avec des ciseaux pinces à luette le pédicule du polype et amener celui-ci au dehors.

L'examen micoscopique, fait dans le laboratoire du professeur Coyne, a montré que la tumeur était bien un polype fibreux. Il avait pour origine une hypertrophie ou plutôt une hyperplasie du chorion muqueux de l'amygdale. Il s'agissait d'une tumeur essentiellement bénigne pour laquelle la récidive n'était pas à craindre. La guérison a été rapide et complète.

M. Nepveu fait un second rapport sur une observation de kyste thyroïdien à parois calcifiées adressée par M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer), qui l'intitule à tort « Chondrome kystique du cou ».

M. le rapporteur a fait l'examen microscopique de la pièce et n'a trouvé là qu'un kyste thyroïdien à parois calcifiées. Sur deux points de la tumeur, on rencontre encore quelques masses faisant saillie dans l'intérieur du kyste et contenant des lobules thyroïdiens assez volumineux et en voie d'évolution. Cette calcification des kystes thyroïdiens est assez rare; aussi M. Nepveu joint-il à son rapport l'observation presque entière de M. Houzel.

Comme conclusions de ces deux rapports, M. Nepveu propose l'insertion dans les *Bulletins* des observations de MM. Masse et Houzel et l'inscription de leurs noms sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Adopté).

M. Trélat a eu l'occasion d'observer un kyste calcifié du corps thyroïde: il existait une fistule qu'il a fallu agrandir pour déterger la cavité; mais les injections modificatrices n'ayant pas amené l'oblitération de la tumeur, M. Trélat, au moyen de l'écraseur linéaire, a fait une large incision de ce kyste et enlevé avec une curette les concrétions calcaires qui en incrustaient les parois. Les injections modificatrices ont alors réussi à amener la guérison complète.

— M. Berger fait une communication avec présentation de pièce pathologique, relative à une observation de pseudarthrose du membre inférieur sur un malade de l'hospice de Bicêtre. Le sujet, âgé de 57 ans, avait eu une fracture de la jambe à l'âge de 9 mois. La fracture ne s'était jamais consolidée, et il en était résulté une pseudarthrose dont M. Berger a saisi avec empressement l'occasion d'étudier les caractères anatomo-pathologiques.

Cette pseudarthrose appartient au genre décrit par M. Malgaigne sous le nom de *pseudo-diarthrose,* ou par M. Bérenger-Féraud sous celui de *pseudarthrose fibro-synoviale.*

Du côté du tibia les extrémités osseuses sont très amincies et éburnées. A la surface de l'un et de l'autre fragment, il n'existe pas de cartilage, mais cette surface est recouverte par une véritable synoviale semblable à celle des bourses synoviales normales. Le périoste, épaissi sous forme de ligament circulaire, constitue le moyen d'union entre les deux fragments et sert en même temps de moyen de limitation des mouvements.

La même disposition existe du côté du péroné, où l'on voit une véritable cavité complétée par des ostéophytes qui entourent le fragment supérieur.

En dehors de la pseudarthrose, l'état du membre et des articulations voisines présente des particularités dignes d'intérêt. L'articulation du genou et l'articulation tibio-tarsienne, contrairement à ce que l'on observe habituellement, présentent une intégrité parfaite. D'autre part les muscles et les troncs nerveux n'ont subi aucune altération apparente. Enfin sur cette pièce si remarquable par les caractères en quelque sorte négatifs qui viennent d'être indiqués, on peut constater des lésions d'ordre trophique manifestées par l'extrême gracilité et la brièveté du membre. Du vivant du malade, la peau du pied et des orteils était noire et froide comme dans les cas d'asphyxie des extrémités.

La mensuration des extrémités des deux membres permet de constater, du côté du membre atteint de pseudarthrose, une diminution de volume considérable relativement au volume du membre sain. Cette diminution porte sur la partie située au-dessus comme

sur la partie située au-dessous de la pseudarthrose ; la rotule et le bassin lui-même y prennent part. Il existe enfin une scoliose spinale du côté correspondant à la fracture ancienne.

Il a donc suffi de la non-consolidation d'une fracture survenue dans le jeune âge pour produire l'arrêt de tout le membre et une scoliose consécutive.

M. Berger se refuse à voir dans les altérations dont il vient de donner la description une simple coïncidence et il pense qu'il existe une relation de cause à effet entre la non consolidation de la fractnre et les troubles trophiques observés chez son malade. Ce qui le porte à le croire, c'est qu'au moment même où il observait le malade dont il vient de retracer l'histoire, il recevait à sa consultation une jeune fille de Strasbourg, présentant à peu de chose près les mêmes particularités. Cette jeune fille avait, à l'âge de 2 ans, une courbure rachitique extrêmement prononcée du membre inférieur gauche qui la rendait absolument difforme. Le docteur Jules Bœckel lui fit une ostéoclasie à la suite de laquelle le membre se consolida régulièrement ; mais, dès que l'enfant commença à marcher, le membre s'incurva de nouveau et il fallut recourir à l'ostéotomie. Cette fois il n'y eut pas de consolidation et il se produisit une pseudarthrose dont les effets furent, comme chez le malade de Bicêtre, l'arrêt de développement du membre inférieur tout entier.

En conséquence, M. Berger est disposé à attribuer, dans ces deux cas, l'arrêt de développement ou atrophie du membre à la non-consolidation de la fracture survenue pendant la première enfance, ce qu'il explique par le non fonctionnement ou le repos forcé du membre atteint de pseudarthrose.

M. Trélat croit devoir n'admettre qu'avec des réserves la conclusion émise par M. Berger à propos des deux malades dont il a relaté l'observation. En effet, voilà des sujets atteints de fracture non consolidée, et cela à une époque de la vie ou les fractures ont la plus grande tendance à la consolidation ; en outre tous les organes sont sains, et cependant il survient une atrophie générale de tous les tissus appartenant au membre fracturé. M. Trélat ne peut s'expliquer la multiplicité des lésions observées chez ces malades, que par une altération du système nerveux central, semblable à celle qui accompagne la paralysie spinale de l'enfance.

M. le président Duplay estime, comme M. Trélat, qu'il est impossible de rapporter à une lésion purement locale les troubles trophiques observés chez les malades de M. Berger ; ces troubles seraient, suivant lui, la conséquence d'une altération médullaire primitive ou consécutive.

M. Berger répond qu'il n'existait, chez l'un ni chez l'autre de ses malades, aucun signe de lésion médullaire ; c'est à la suite de la fracture non consolidée que les phénomènes d'atrophie se sont manifestés ; encore une fois, il n'avait été observé sur les sujets aucun signe de paralysie infantile ni de lésion de la moelle. A son avis, la non consolidation a été la cause directe ou indirecte de l'arrêt de développement du membre, par suite du défaut de fonctionnement de ce dernier. M. Berger avoue, toutefois, qu'il n'a pas été fait encore d'examen histologique de la moelle du sujet mort à Bicêtre ; cet examen sera fait ultérieurement.

M. Poulet dit qu'il y aurait lieu de procéder à un examen histologique très attentif des nerfs du membre malade.

M. Duplay ajoute que l'examen histologique des nerfs devra précéder celui de la moelle ; tant que cet examen n'aura pas été fait, il sera impossible de se prononcer d'une manière définitive sur la cause des lésions trophiques observées.

M. Berger fait remarquer que, sur la pièce fraîche qu'il met sous les yeux de ses collègues, les troncs nerveux ne paraissent pas altérés ; ils seraient plutôt augmentés de volume qu'atrophiés. En tout cas, si l'altération des nerfs ou de la moelle existe, ce que l'examen microscopique va résoudre, cette altération pourrait fort bien être consécutive à la non consolidation de la fracture.

— M. le docteur Poncet (de Lyon) présente le crâne d'un sujet chez lequel il a

observé une déformation particulière qui lui semble de nature à intéresser à la fois le clinicien, l'anthropologiste et le médecin légiste. Il s'agit d'une tuméfaction osseuse ou périostose du crâne qu'il a rencontrée sur un jeune homme de 28 ans, mort à l'hôpital de Lyon des suites d'une occlusion intestinale. Cette tuméfaction siège à l'union du frontal avec les deux pariétaux; elle n'existe que sur la table externe de l'os, à l'exclusion absolue de la table interne.

L'individu sur le crâne duquel M. Poncet a fait sa première observation était scieur de long. Or, on sait que les scieurs de long commencent à exercer leur rude métier dès l'enfance ou dès l'adolescence. Celui qui tient la scie par son extrémité inférieure est obligé, à mesure que le sciage avance, de soulever ou de supporter sur le sommet de la tête, nue le plus souvent, le poids des lourds madriers ou des poutres que divise l'instrument; de là des pressions, des frottements continuels qui, à la longue, irritent le périoste épicrânien et donnent naissance à la périostose. M. Poncet, depuis que son attention a été éveillée sur ce sujet, a rencontré, sur de nombreux individus exerçant la profession de scieur de long, cette même déformation qui, en outre de son intérêt au point de vue de la clinique et de l'anthropologie, a une incontestable importance pour le médecin légiste comme signe d'identité.

— La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire. La commission, dans son rapport, a classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Kirmisson; en deuxième ligne, MM. Peyrot et Schwartz; en troisième ligne, MM. Prengrueber, Quénu et P. Segond.

Le nombre des votants étant de 30, majorité 16, M. Kirmisson obtient 26 suffrages, M. Peyrot, 4.

En conséquence, M. Kirmisson, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dé la Société de chirurgie.

Deux autres scrutins ont lieu ensuite pour la nomination de commissions chargées d'examiner les titres des candidats à la place de correspondant national ou étranger.

A. T.

COURRIER

Par décret, en date du 23 décembre 1885, M. le docteur Leloir est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille (chaire nouvelle).

Nécrologie — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roth, décédé à Paris, le 25 décembre 1885, dans sa soixante-dix-huitième année; de M. le docteur Vignard (de Fleury) et de M. le docteur Parise, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille.

Prix de la société médicale d'Indre-et-Loire. — La Société médicale d'Indre-et-Loire donne avis qu'elle décernera à la fin de l'année 1886 un prix sur le sujet de pathologie interne suivant : *Des localisations cérébrales au point de vue pathologique.*

La valeur du prix est de 200 francs.

Les mémoires écrits en français et non signés devront être adressés au secrétaire de la Société, 42, rue de la Préfecture, à Tours, avant le 1er décembre 1886, et accompagnés d'une devise reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur; ils ne seront pas rendus.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Faivre Dupaigre, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bulle, démissionnaire.

— M. le docteur Fournier, maire de Tours, est nommé membre du Conseil académique de Poitiers, en remplacement de M. Marquet, dont le mandat est expiré.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Henri Huchard : Un nouveau médicament cardiaque : l'adonis vernalis et l'adonidine. — III. Lettres de Suisse et d'Allemagne : Nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice. — Traitement du typhus abdominal. — Longévité du bacille-virgule. — IV. Correspondance. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 5 janvier. — Une bonne partie de la séance a été consacrée à l'installation du bureau et aux discours d'usage. Les adieux de M. Bergeron, malheureusement, étaient lus à voix basse, comme si ce président modèle, dont l'impulsion a été si utile aux travaux académiques, avait voulu jusqu'au bout faire moins de bruit que de besogne.

Au contraire, la voix de M. Trélat vibrait en dépit de la mauvaise conformation de la salle. En prenant possession du fauteuil, il a remercié, au nom de l'Académie, les membres du bureau, et surtout le président de l'année dernière, de leur zèle et de leurs travaux; puis il a prononcé, en quelques phrases très applaudies, l'éloge de Dechambre, que l'Académie vient de perdre, et dont la mort a provoqué dans tout le monde médical de si justes et si unanimes regrets.

L'ordre du jour appelait la nomination d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique. La lutte était vive entre MM. Hayem et Desnos, et jusqu'au dernier moment l'issue en était incertaine. Par 44 voix contre 38, le professeur Hayem l'a emporté. Nous lui envoyons nos plus vives félicitations.

Puis venait l'élection d'un membre correspondant étranger. Il y avait trois concurrents, MM. Fayrer (de Londres), Tybaldos (d'Athènes), et Batman (de Norwich). M. Fayrer a été élu.

Deux élections, c'est un grand effort pour l'Académie. Aussi restait-il un petit nombre d'académiciens pour écouter une lecture de haut intérêt, faite par M. Panas, sur les progrès réalisés dans l'opération de la cataracte grâce à l'antisepsie, et sur la prééminence de la méthode par extraction; encore moins pour entendre la communication de M. Lagneau.

— La pluie des décorations de fin d'année a fort épargné le corps médical. Aussi accueillons-nous avec d'autant plus de plaisir celle qu'a obtenue notre ami le professeur Grancher. — L.-G. R.

Un nouveau médicament cardiaque : l'adonis vernalis et l'adonidine (1)

Par M. Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

Au mois de janvier 1884, j'entretenais la Société médico-pratique de recherches que je poursuivais depuis l'année 1883, sur un nouveau médicament cardiaque, l'adonis vernalis, expérimenté dès 1879, par Bubnow, assistant du professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg) (2). Mais, à cette époque

(1) Travail lu à la Société de thérapeutique (séance du 23 décembre 1885.)

(2) Bubnow : *St-Petersburger medic.-Woch*, 1879, 1880 et 1882. — *Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der adonis vernalis* (*Deuts. arch. f. Klin. med. Band XXXIII, Heft*, p. 262, 1883).

ma provision du médicament fut trop tôt épuisée, et je demandai alors à M. Julliard, membre de la Société médico-pratique, de me préparer une certaine quantité d'adonidine, le principe actif, le glucoside de l'adonis vernalis, isolé pour la première fois par Vincenzo Cervello, dans le laboratoire du professeurSchmiedeberg (de Strasbourg) (1). Pendant l'année 1884, je priais mon savant collègue et ami M. Dujardin-Beaumetz, à qui je remettais une certaine quantité d'alcoolature et de teinture d'adonis, d'expérimenter de son côté cette nouvelle substance. Les résultats contradictoires que nous avons obtenus alors dans nos services respectifs, me firent cesser pour un moment mes recherches, que j'ai reprises cette année avec l'adonidine, et qu'il me semble utile d'exposer aujourd'hui.

Les adonis, dont les caractères *botaniques* viennent d'être si complètement étudiés par MM. Marié et Jehan Mordagne dans deux thèses récentes (2), appartiennent à la famille des renonculacées ; ils forment, d'après M. Baillon, une section du genre anémone, dont ils ont le gynécée et les ovules, mais avec un périanthe « dont les folioles extérieures sont plus courtes et plus vertes que les autres, de façon qu'on ait pu distinguer dans ces fleurs, des sépales et des pétales (3). » Ce genre adonis est composé de plantes annuelles ou vivaces, à tige droite, cylindrique, haute de 10 à 40 centimètres. On les trouve en Italie, en Suisse, en Espagne, en Russie, en Bohême, en Turquie, dans le midi de la France, etc. ; on en connaît plusieurs espèces, les adonis *flava*, *autumnalis*, *capensis*, *gracilis*, *vesicatoria*, *citrina*, *flammæa*, *pyrenaïca* et *vernalis*. Mais presque toutes recherchent les sols calcaires et les plateaux élevés ; il n'y a d'exception que pour les adonis æstivalis et flammæa qui se rencontrent dans les moissons ou sur le bord des champs, et qui se font remarquer par la couleur vive et éclatante de leur corolle, d'où leur nom vulgaire de *goutte de sang*. C'est au mois d'avril qu'a lieu la floraison de l'adonis vernalis, qui nous intéresse plus particulièrement.

Comme presque toutes les plantes de la famille des renonculacés, les adonides possèdent à l'état frais des propriétés âcres, irritantes, caustiques et même vésicantes qui disparaissent en partie par la dessiccation ou la cuisson. C'est ainsi, disent Mérat et Delens (4), qu'au cap de Bonne-Espérance, l'*adonis capensis* tient lieu de cantharides, d'où son nom d'*adonis vesicatoria*, donné par Linné fils ; qu'en Afrique les feuilles de l'*adonis gracilis* sont utilisées comme vésicantes ; que dans les montagnes de l'Aveyron, d'après Julliard (5), on écrase la plante entre deux pierres et qu'on l'applique sur la peau, pour former des vésicatoires. Pallas rapporte qu'en Sibérie on emploie comme abortifs les adonis vernalis qui portent le nom de *staro-doubka ;* Clusius affirme que, de son temps, les pharmaciens allemands substituaient sa racine à celle de l'hellébore, et la regardaient même comme le véritable hellébore d'Hippocrate. Enfin, Parkinson lui a attribué

(1) Vincenzo Cervello : (*Arch. italiennes de biologie*, 1882).

(2) P. Marié. (Thèse pour le doctorat ès sciences, 1884.) — *Etude sur l'adonis vernalis* (botanique, chimie, physiologie, pharmacologie), par Jehan Mordagne (Paris, 1885).

(3) Baillon : *Traité de botanique médicale*, p. 491 (1884).

(4) Mérat et Delens : *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérap. générale*, tom. I, 1829, p. 78.

(5) Julliard : *Note sur l'adonis vernalis et l'adonidine* (Société médico-pratique, séance du 9 décembre 1885 et *Journal de médecine de Paris*, 13 décembre 1885, p. 714

des propriétés lithontriptiques, et plusieurs auteurs ont été jusqu'à lui reconnaître des vertus sudorifiques, purgatives, antigoutteuses.

Dans tous les cas, si à l'état frais, la mastication de cette plante détermine une saveur âcre, amère, et donne lieu à une irritation de la muqueuse buccale, elle perd, à l'état de dessiccation, la plupart de ses propriétés corrosives.

Après les recherches infructueuses de Gunther et surtout après celles de Linderos (de Leipsick), qui ne parvint à reconnaître dans les feuilles sèches et pulvérisées que la présence de l'acide aconitique, Vincenzo Cervello, en 1882, découvrit le principe actif de l'adonis vernalis, auquel il donna le nom d'*adonidine*. Celle-ci, qui appartient à la classe des glucosides, se présente à l'état amorphe, sous forme d'une poudre jaune clair; elle possède une saveur amère; elle est insoluble dans l'éther et le chloroforme, peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool. Traitée par l'acide chlorhydrique, elle donne une coloration grise ; par l'acide azotique, une coloration jaune ; par l'acide sulfurique, une coloration rouge brun foncé qui peut devenir un caractère distinctif et servir à la faire reconnaître (Julliard). D'après Mordagne, elle se retrouve non seulement dans les tiges et les feuilles de la plante, mais aussi dans les rhizomes et les racines; en tous cas, la richesse de la plante en adonidine est très faible, puisque 10 kilogr. peuvent fournir à peine 2 grammes de matière sèche.

Les expériences destinées à fixer l'*action physiologique* de l'adonis ont été faites par Bubnow, Lesage, Mordagne et par nous, en collaboration avec le docteur Éloy.

Le premier de ces expérimentateurs injecte l'extrait aqueux d'adonis dans le sac lymphatique des grenouilles à la dose de 9 milligr. à 0 gr. 37 et détermine, après un temps variable, une énergie plus grande des contractions du ventricule, qui pâlit davantage durant la systole, et présente, pendant la diastole, de nombreuses saillies d'apparence anévrysmatique. Le nombre des contractions diminue, le ventricule reste en systole, tandis que le sinus veineux et les oreillettes sont en état de distension. Ensuite, le cœur s'arrête en systole, et tous ces phénomènes se produisent même après la section préalable des nerfs vagues (1).

M. Lesage constate également l'état exsangue du ventricule, sa rigidité, puis l'arrêt du cœur en systole. Sur un chien de 32 kilogr. il pratique une injection d'un demi-centigr. d'adonidine dans la veine saphène. La pression sanguine prise dans l'artère était égale à 16 cent. cubes de mercure. Aussitôt après l'injection du médicament, on note une pression de 36 cent. cubes de mercure et le pouls tombe de 107 à 71 (2).

Cette augmentation de la tension artérielle, *que j'ai constamment constatée sur les malades* après l'administration de l'adonis, a été encore démontrée physiologiquement par une expérience de Mordagne.

Enfin, j'ai pu faire, de mon côté, cinq expériences sur des cobayes avec le concours de mon excellent confrère et ami le docteur Éloy (3). A la dose de

(1) Bubnow (*Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der Pflanze adonis vernalis* (*Pet. med, Woch.*, n° 1, 1879, et analyse in *Rev. des sc. méd.*, tome XIV, p. 509.)

(2) Lesage : *Note sur l'action physiologique de l'adonis vernalis* (*Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 25 juillet 1884, p. 479.)

(3) Ces expériences ont été faites dans notre laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat.

1 à 2 centigr. d'adonidine injectée sous la peau de cobayes pesant de 250 à 300 grammes, on produit très rapidement des phénomènes toxiques qui se manifestent par la diminution du nombre des respirations et des battements du cœur, par quelques phénomènes paralytiques, par un abaissement de la température qui, dans un cas, en vingt minutes au plus, a atteint le chiffre de 36°9 au moment de la mort, alors que la température était de 39°7 au début de l'expérience. La mort est survenue de quinze à vingt minutes environ après l'administration du médicament. Mais, à ce sujet, je dois dire que l'adonidine, comme tous les glucosides du reste, a une action d'une rapidité et d'une intensité différentes, suivant sa provenance. C'est ainsi que celle de M. Julliard détermine la mort rapide sans convulsions, sans paralysie, à la dose de 1 à 2 centigr. chez les cobayes dans l'espace de quinze à vingt minutes; que celle des hôpitaux a produit deux fois des accidents convulsifs et paralytiques, et que la mort est survenue seulement après trente ou quarante minutes. Mais, dans nos cinq expériences, nous avons observé de nombreuses ecchymoses pleurales et pulmonaires, et nous avons toujours constaté *l'arrêt du cœur en diastole*, fait en contradiction avec les expériences des auteurs qui nous ont précédés.

Quoi qu'il en soit de ces expériences un peu contradictoires, et qui appellent de nouvelles recherches, l'adonis vernalis et son principe actif, l'adonidine, portent leur action principale sur le cœur, et cette action a été démontrée par la clinique, puisque, dans un dernier travail, le docteur Bubnow a noté sous son influence les phénomènes suivants : Régularisation et ralentissement des battements cardiaques; augmentation du choc de la pointe et diminution des dimensions du cœur; accentuation des bruits de souffle et surtout des bruits de l'aorte; augmentation dans la quantité des urines. Enfin, d'après lui encore, les hydropisies et les œdèmes disparaissent, les mouvements respiratoires sont plus profonds et plus rares, les palpitations et la dyspnée s'atténuent. Il résume l'action physiologique de l'adonis en disant qu'il excite l'extrémité centrale des nerfs d'arrêt du cœur. A dose toxique, il paralyse les extrémités périphériques du nerf vague, excite le système accélérateur et, à la dernière période de l'empoisonnement, il produit une paralysie de l'appareil nerveux moteur du cœur.

Ces données physiologiques permettent donc d'établir nettement l'*action thérapeutique* du médicament.

J'ai employé successivement les préparations suivantes : l'infusion de la plante à la dose de 4 à 8 grammes dans 200 grammes d'eau à prendre en trois ou quatre fois; l'alcoolature et la teinture d'adonis aux doses croissantes de 2 à 5 grammes; enfin, l'adonidine à la dose quotidienne de 4 à 6 pilules de 5 milligrammes.

De toutes ces préparations, c'est l'adonidine qui m'a donné les meilleurs résultats, comme on peut le voir par les observations suivantes :

Obs. I. — Le nommé M... (Louis), âgé de 56 ans, entré dans le service de l'hôpital Bichat (salle Andral, n° 19) le 9 janvier 1885, est atteint de néphrite interstitielle et d'artério-sclérose généralisée (hypertrophie cardiaque, bruit de galop, polyurie, œdèmes passagers, présence d'une légère quantité d'albumine dans les urines). Chez ce malade, la digitale a toujours été mal supportée, et de tous les médicaments cardiaques, seule la caféine à la

dose de 1 à 2 grammes par jour a réussi à rétablir la diurèse et à faire disparaître assez promptement les œdèmes.

Le 30 novembre, le malade entre dans la phase cardiaque de son affection, les contractions du cœur deviennent insuffisantes, le choc de la pointe est moins accentué, le pouls est faible, irrégulier, fréquent à 120, la tension artérielle s'abaisse. L'œdème envahit les membres supérieurs, les poumons deviennent le siège d'une congestion œdémateuse aux deux bases, les urines sont moins abondantes, elles contiennent environ 2 grammes d'albumine, alors qu'un mois auparavant elles n'en contenaient que quelques traces. En résumé, ce malade est en état d'hyposystolie, et son myocarde commence à fléchir. C'est dans ces conditions que nous lui ordonnons, le 21 novembre, pendant trois jours, 10 centigrammes de *sulfate de spartéine* qui ne produit pas d'effets appréciables. Le 10 décembre, j'ordonne 2 pilules d'adonidine d'un milligramme, qui ne produisent aucun résultat; le 12, je porte la dose à 4, puis à 6 pilules de 5 milligrammes, la quantité des urines monte en trois jours de 1,800 grammes à 4 litres. Cette dose de 3 centigrammes détermine des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques qui m'obligent à suspendre momentanément l'emploi du médicament. Pendant cette suspension médicamenteuse, les urines retombent à 2 litres, puis elles remontent rapidement à 6 litres sous l'influence de 4 pilules de 5 milligrammes d'adonidine qui, à cette dose, ne produit alors aucun trouble gastrique ni intestinal. En même temps, les pulsations radiales qui étaient à 116 au moment de l'administration de l'adonidine deviennent de jour en jour moins fréquentes et arrivent au chiffre de 80. La pression artérielle mesurée tous les jours exactement s'élève d'une façon très notable. Les tracés sphygmographiques démontrent une plus grande amplitude et une plus grande régularité du pouls. Enfin, le choc précordial est plus fort et le bruit de galop a disparu.

Ainsi donc, sous l'influence de 2 à 3 centigrammes d'adonidine donnée par pilules de 5 milligrammes, j'ai noté les modifications suivantes chez un homme atteint de néphrite interstitielle en imminence d'asystolie :

Augmentation de la diurèse ;
Elévation de la tension artérielle;
Régularisation et ralentissement du pouls;
Renforcement des battements cardiaques et disparition du bruit de galop;
Disparition de l'œdème (1).

(*A suivre,*)

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, le 19 décembre 1885.

M. le professeur Vulliet vient de faire, à la Société médicale de Genève, une communication **sur un nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice,** qui certainement intéressera les lecteurs de l'*Union médicale*. Ce procédé spécial, qui a été déjà employé par lui en ville depuis environ une année, et qui a été mis également en

(1) Aujourd'hui (4 janvier 1886), le malade, qui prend 2 centigrammes d'adonidine en 4 pilules de 5 milligrammes depuis près de trois semaines, se trouve dans un état d'amélioration considérable. L'œdème, le bruit de galop ont disparu; la respiration est normale, le choc précordial est plus fort, le pouls est régulier à 80. La diurèse se maintient entre 2 et 3 litres, et depuis trois semaines, *je n'ai noté aucun effet accumulatif du médicament.*

pratique depuis trois mois à la Maternité de Genève, permet de voir tout l'intérieur de l'utérus admirablement bien. M. Vulliet a pu étudier la cavité utérine même pendant la menstruation, et voir de quelle façon se faisait l'hémorrhagie; faire de la cavité utérine des photographies, ainsi que des moulages intéressants, dont il a montré plusieurs spécimens à la Société.

Pour procéder à la dilatation de l'utérus, il faut d'abord mettre la femme dans la position génu-pectorale, le siège très relevé, le périnée et la paroi postérieure du vagin relevés, autant que possible, avec une valve du côté de l'anus. Puis l'on commence la dilatation de la matrice en introduisant d'abord soit des sondes uréthrales, soit des bougies de grosseur variable, suivant l'étroitesse du canal utérin et suivant la résistance de l'organe. A l'introduction de ces instruments succède celle de petits tampons d'ouate iodoformée, dont on augmente graduellement le nombre et qu'on laisse ordinairement en place quarante-huit heures. Quelquefois, pour activer et régulariser la dilatation, M. Vulliet s'est servi de tiges de laminaria; il ne les laisse pas plus de vingt-quatre heures et applique immédiatement après un tamponnement iodoformé, pour annihiler les germes que la laminaria aurait pu introduire. En procédant ainsi d'une façon régulière, on arrive, au bout d'un temps qui varie de neuf à dix jours jusqu'à cinq semaines, suivant les malades, à obtenir une dilatation complète de la matrice, ce qui permet d'étudier parfaitement toute la surface interne de l'utérus. Dans les 13 cas où M. Vulliet a appliqué sa méthode, il a toujours remarqué que les tampons étaient supportés sans inconvénient, à part quelques coliques utérines assez légères survenues pendant les premiers jours. Si on laisse l'utérus revenir sur lui-même, et que l'on veuille ensuite faire une seconde dilatation, on l'obtient beaucoup plus rapidement que la première.

M. Vulliet a employé sa méthode surtout chez des malades affectées de cancer utérin et quelquefois dans des cas de fibro-myomes. Dans les cas de cancers utérins, une fois l'utérus complètement dilaté, il peut ainsi appliquer facilement des substances diverses sur toute l'étendue du cancer ou traiter le néoplasme de la façon qui lui semble la plus convenable. D'après M. Vulliet, la présence des tampons produirait également une action hyperplasique très favorable sur le tissu utérin, ce qui aide à combattre le néoplasme. Dans plusieurs cas où M. Vulliet a pu, grâce à cette dilatation, appliquer un traitement local très énergique, il a obtenu plusieurs résultats remarquables, au moins autant que l'on a pu en juger après trois ou quatre mois. L'état des malades s'est trouvé amélioré en ce sens que les hémorrhagies, les pertes fétides et l'odeur infecte ont été supprimées, résultats qui ne sont certes pas à dédaigner, car ils rendent à la vie sociale ces infortunées. La dilatation permanente est une acquisition pour la gynécologie, elle facilitera beaucoup la thérapeutique locale des nombreuses affections utérines et trouvera probablement dans la suite des applications de plus en plus fréquentes.

Le typhus abdominal et son traitement ont été, ces derniers temps, souvent le sujet de vives discussions. En Allemagne et chez nous, le traitement principal de cette maladie a été, depuis les travaux de Brand et de Liebermeister, celui des bains froids employés plus ou moins exclusivement. Or, il s'est élevé, de différents côtés, des doutes, quant à l'efficacité de cette méthode. Tandis qu'une partie de ses adversaires prétend pouvoir abaisser la température d'une manière plus sûre et en même temps beaucoup plus agréable par les différents antipyrétiques, pris à l'intérieur, l'autre n'attache pas du tout une si grande importance à la haute température du typhus et ne veut employer aucun traitement exclusivement antipyrétique. Ces questions ne peuvent naturellement se juger uniquement par la théorie; mais il faut bien, avant tout, consulter les faits, et ne pas oublier que les progrès réalisés ces dernières années ont aussi beaucoup contribué à faire baisser la mortalité de notre affection. Parmi ces progrès, nous comptons la possibilité de faire le diagnostic plus vite, ce qui est très important pour le traitement, les malades sont nourris autrement qu'il y a une dizaine d'années; enfin, les hôpitaux sont bien mieux installés sous le rapport de l'hygiène. Nous sommes donc naturellement obligés de tenir compte de tous ces arguments pour juger d'une manière

impartiale de l'efficacité d'une méthode ou d'une autre. De plus, il est urgent, pour se faire une idée juste de la valeur d'un traitement, de comparer les différentes méthodes dans la même épidémie, au même endroit et chez la même catégorie de malades. Des comparaisons d'une épidémie de typhus avec une précédente de la même ville, ou avec une simultanée dans une autre ville, ne peuvent donc être d'aucune utilité pour la solution de notre question.

Il n'y a eu, jusqu'ici, qu'une publication en Allemagne qui soit partie de ce point de vue, et c'est celle de Glæser, qui fit un rapport sur les cas de typhus traités à l'hôpital de Hambourg. Il compara *937* cas, traités de 1874 à 1877 *sans* bains aucun, à *868* cas traités pendant la même époque *avec* bains. La mortalité fut, pour les deux catégories, *absolument la même*.

M. Senator, professeur à la Faculté de médecine de Berlin, et médecin de l'hôpital Augusta, entreprit un travail analogue pour cette dernière ville. Il compara les résultats obtenus dans son service, de 1875 à 1884, à ceux obtenus dans les sept autres principaux hôpitaux de Berlin pour le typhus. Quoiqu'il s'agisse ici d'un nombre considérable de cas, M. Senator avoue que ses conclusions ne peuvent avoir la même valeur que celles de M. Glæser, parce que ces observations concernent des comparaisons entre différents hôpitaux.

Les communications qu'il fit à la Société de médecine berlinoise, le 4 octobre 1885, et qui furent publiées sous ses auspices dans le n° 43 de la *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, sont illustrées par le tableau suivant :

HOPITAUX	NOMBRE des cas.	MORTALITÉ Années	Minimum	Années	Maximum	Moyenne.
1. Charité.....	2,578	1877	11,5 p. 100	1880	21,3 p. 100	16,4 p. 100
2. Friedrichshain.	2,598	1883-84	10,4 —	1874-75	28,3 —	19,8 —
3. Moabit.....	763	1878	9,5 —	1882-83	23,1 —	15,2 —
4. Bethanien.....	2,078	1883	7,9 —	1875	16,8 —	13.5 —
5. Hedwig.....	2,196	1883	7,7 —	1880	21,5 —	15,0 —
6. Elisabeth.....	814	1881	7,3 —	1876	22,5 —	12,8 —
7. Augusta.....	512	1879	7,1 —	1880	19,2 —	12,1 —
8. Lazarus.....	481	1880	3,6 —	1884	32,4 —	14,1 —

Pour se faire une idée juste de cette comparaison, M. Senator conseille d'éliminer le résultat des trois premiers hôpitaux (Charité, Friedrichshain et Moabit), parce que ces hôpitaux recrutent les malades les plus misérables de la ville, qui n'offrent aucune résistance au mal. Les cinq autres hôpitaux sont aussi fréquentés par des classes pauvres, mais par les classes ouvrières, ce qui fait déjà une grande différence.

Quant au traitement suivi dans ces différents hôpitaux, il faut avancer que le traitement de Brand et Liebermester, n'a nulle part été méthodiquement employé. C'est à Bethanien (4) que l'on s'est encore le plus rapproché de cette méthode. A l'hôpital Augusta, M. Senator n'a suivi aucun traitement antipyrétique proprement dit, et les résultats obtenus par lui ne sont pas inférieurs à ceux des autres hôpitaux. Celà ne parlerait donc guère en faveur de l'emploi systématique des bains dans le typhus.

De l'autre côté, M. Senator reconnaît pleinement la bonne influence que peuvent avoir ces bains dans le typhus, et ne se range pas parmi les adversaires de cette méthode. Il convient de leur efficacité, mais ne voudrait pas en faire dépendre l'emploi d'un seul symptôme, l'élévation de la température. Selon lui, cette température élevée n'a pas l'importance qu'on lui a attachée, et, d'autre part, le bain froid n'est pas un antipyrétique par excellence. A ce point de vue, il est, au contraire, inférieur à la quinine, à l'antipyrine et à la thalline. La preuve que l'effet des bains sur la température n'est pas d'une sûreté absolue, est la nécessité où l'on est de les renouveler si souvent pendant l'acmé de la maladie. L'efficacité des bains est réelle à un autre point de vue. Ces bains ont, avant tout, une action stimulante sur le système nerveux, puis sur la circulation et la respiration. L'action sur la température ne vient qu'en troisième ou quatrième ligne. Un autre avantage des bains, est que le malade ne reste pas si longtemps dans la même position, et enfin ils favorisent le maintien de la propreté. Tous ces

avantages peuvent, il est vrai, être obtenus par la combinaison de différents remèdes. Les bains froids, par contre, présentent tous ces avantages réunis.

Ces considérations émises, il est difficile à M. Senator de donner des indications précises pour l'emploi des bains dans le typhus. Il les conseillerait le plus dans cette forme de typhus, que les anciens ont désignée de febris nervosa stupida.

Avant de finir, M. Senator parle encore des complications qu'il a observées dans le cours de notre maladie, dans son service à l'hôpital Augusta. On a reproché au traitement par les bains froids de favoriser les hémorrhagies intestinales. En comparant ses propres résultats à ceux des autres hôpitaux, et spécialement à ceux de Bethanien, hôpital où l'on a le plus employé de bains froids, il ne peut absolument confirmer cette opinion. Chez ses 512 malades, il a observé les hémorrhagies de l'intestin 35 fois, soit 6,8 pour 100. Ce chiffre n'est pas, par contre, inférieur à celui observé dans les hôpitaux avec le traitement à l'eau froide. Un autre reproche que l'on a fait aux bains froids est qu'il favorisait les récidives dans le typhus. D'après ses observations, M. Senator doute bien de l'exactitude de cette hypothèse, car il a eu à Augusta 40 cas de récidive sur 512 malades, soit 7,8 pour 100. Ce chiffre n'est pas inférieur à celui des autres hôpitaux. — Il traite aussi quelques symptômes de la maladie autrement que dans d'autres hôpitaux. Ainsi, il combat le collapsus par des injections au camphre, plutôt que par des injections d'éther. La solution dont il se sert est de neuf parties d'oleum camphoratum et une partie d'éther ; ce dernier seulement pour tenir l'huile camphrée en solution. Il recommande aussi des lavements au vin chaud. Dans des cas désespérés, il a aussi été très satisfait des injections sous-cutanées de *strychnine* à 1 milligramme. — Dans des cas d'hémorrhagies intestinales, il a employé avec succès de grandes doses de magisterium bismuthi (sous-nitrate de bismuth). Il traite le singultus ou crampe du diaphragme par la morphine, et surtout par le chloral. Contre le météorisme, il emploie, depuis les publications de Kussmaul (de Strasbourg), les lavages de l'estomac et s'en trouve très bien, quoique ses propres expériences aient été trop peu nombreuses pour lui permettre un jugement définitif.

Dans la *Berliner Klinischen Wochenschrift* du 7 décembre, MM. Guttmann et Neumann viennent de publier leurs recherches quant à la **longévité du bacille-virgule de Koch**. Selon M. Koch (conférence du choléra 1885), des cultures de ce bacille faites sur Agar-Agar contenaient encore 144 jours après des bacilles capables de se développer. M. Virchow put par la même occasion confirmer les données de M. Babès, qui avait apporté des cultures de Paris, et qui les disait bonnes encore six mois après. M. Hüppe (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 37), a communiqué dernièrement qu'une de ses cultures, qu'il avait faite le 14 novembre 1884, était encore bonne neuf mois et demi après, c'est-à-dire le 4 septembre 1885. — MM. Guttmann et Neumann précités ont de leur côté fait des cultures du bacille-virgule, tout-à-fait d'après la méthode de Koch. Ils ont fait leurs cultures de bacilles, apportés de l'épidémie de Marseille et de Naples, le 2 avril 1885 sur Agar-Agar et les ont trouvées bonnes à la mi-octobre, puis encore le 6 novembre, c'est-à-dire 218 jours après. — Ils ont encore fait des cultures du même bacille sur de la gélatine peptonisée, le 20 avril 1885 et les ont trouvées bonnes après plusieurs examens, le 25 novembre, c'est-à-dire 219 jours après.

Ces communications sont très intéressantes en ce sens qu'elles démontrent avec sûreté, que le bacille-virgule est capable de vivre beaucoup plus longtemps que l'on n'avait supposé jusqu'ici, et sont en même temps importantes au point de vue épidémiologique.

Dr V. Dumont.

CORRESPONDANCE

1er janvier 1886.

Mon cher ami,

L'*Union médicale* vient de publier un très bon compte rendu de la communication que j'ai faite à la Société des hôpitaux sur les *diverses espèces de concrétions sanguines*.

Cependant une des expériences que j'ai citées à propos de la formation des *concrétions par stase* n'a pas été très bien comprise. Permettez-moi donc de rectifier le point en question.

Pour démontrer que le sang stagnant peut devenir coagulable lorsque le plasma est altéré, je fais l'expérience suivante : On met à nu sur un chien une des jugulaires et on l'enserre entre deux ligatures, de manière à ce qu'elle reste gonflée de sang. On injecte alors dans une autre veine (la saphène par exemple) quelques centimètres cubes de sérum du chien et immédiatement après on lie de la même manière la jugulaire du côté opposé, préalablement mise à nu.

En ouvrant les deux vaisseaux au bout d'une demi-heure à une heure, le premier laisse écouler du sang liquide qui se coagule à l'air en quelques minutes, tandis que le second contient un caillot cruorique complet. Cependant le sang général est resté fluide et l'animal supporte à merveille l'opération.

C'est cette expérience qui m'a permis de dire qu'aux deux conditions énoncées par les auteurs pour expliquer la fluidité du sang dans les vaisseaux : intégrité du sang ; intégrité de la paroi, il fallait en ajouter une troisième, soit le mouvement du sang dans ses cavités naturelles (Ac. des sciences et rev. scient. 1883).

Ainsi donc, un sang modifié profondément dans sa coagulabilité peut rester néanmoins fluide, continuer à circuler normalement et ne traduire son altération qu'à la condition de devenir stagnant dans un département du circuit sanguin. Il se prend alors en masse dans le point où la circulation est entravée et l'on a ainsi l'image fidèle de ce qui se passe dans les maladies où se produisent des caillots dits marastiques. De sorte qu'il est permis de penser que certaines maladies modifient la coagulabilité du sang à la façon de l'injection de sérum. Ce n'est pas une simple hypothèse, car dans quelques cas mes ligatures de jugulaires, ayant été faites sur des chiens malades, ont été suivies rapidement (sans l'intervention d'une injection intra-vasculaire) de la prise en masse du sang compris entre les deux ligatures.

G. Hayem.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1886. — Présidence de M. Bergeron, puis de M. Trélat.

M. Hervieux présente, de la part de M. René Briau, un opuscule sur les Origines de la science médicale à Rome et dans le Latium.

M. Ball présente, de la part de M. Weil, juge suppléant au tribunal de la Seine, un ouvrage intitulé : *De l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, législation pénale et jurisprudence.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le professeur Masse (de Bordeaux), un volume ayant pour titre : *Mémoires de médecine et de chirurgie.*

M, Vallin offre en hommage, de la part de M. Viry, médecin en chef de l'Ecole militaire de Saint-Cyr, un *Manuel d'hygiène militaire.*

M. Richet présente, de la part de MM. les docteurs Galezowski et Daguenet, le troisième fascicule d'un ouvrage intitulé : *Diagnostic et traitement des affections oculaires.*

M. le président Bergeron, aux applaudissements de l'Académie, rend compte des travaux accomplis pendant l'année 1885 ; il paie un tribut de regrets aux membres que la mort a frappés et souhaite la bienvenue aux membres nouvellement élus. En terminant, il invite M. Trélat, président, et M. Sappey, vice-président pour l'année 1886, à prendre leur place aux fauteuils.

M. le président Trélat succède à M. Bergeron. Il demande d'abord à l'Académie de voter des remerciements aux membres du bureau sortant. Ces remerciements sont votés par acclamation.

M. le Président dit ensuite qu'il a la douloureuse mission d'annoncer à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Dechambre, membre associé libre. Cette nouvelle a été transmise à l'Académie par une lettre de M. le docteur Lereboullet, collaborateur et ami de M. Dechambre.

M. le Président fait l'éloge du défunt, qui, a-t-il dit, sans avoir exercé de fonctions officielles, a occupé une grande place dans la vie médicale contemporaine. Type d'honorabilité, de distinction et de savoir, esprit délicat et cultivé, lettré érudit et fin, homme de labeur et de science, d'un grand et noble caractère, M. Dechambre a attaché son nom à deux œuvres considérables, la *Gazette hebdomadaire*, dont il a été le créateur, et le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publication immense dont il a été le directeur dès l'origine, et qui constitue un titre d'honneur et de gloire pour la science et la médecine françaises.

Les paroles éloquentes de M. Trélat, dont nous ne pouvons reproduire que l'analyse incomplète, ont été accueillies par les applaudissements unanimes de l'Académie et de l'assistance.

— M. le Président annonce ensuite que le bureau propose de remplacer M. Dechambre par M. Marjolin, comme membre de la commission d'élection des associés libres.

M. le Président dit, enfin, qu'il y a lieu de déclarer plusieurs vacances dans la section de médecine vétérinaire, et dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

— L'Académie procède par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La Commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Desnos; en deuxième, M. Dumontpallier; en troisième, M. Hayem; en quatrième, M. Hallopeau ; en cinquième, M. Ferrand.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42, M. Hayem obtient 44 voix ; M. Desnos 38; M. Dumontpallier 1.

En conséquence M. Hayem, ayant obtenu la majorité, est proclamé membre titulaire.

L'Académie procède ensuite à l'election d'un membre correspondant étranger.

La Commission porte en première ligne M. Fayrer (de Londres); en deuxième, M. Pretenderis Tybaldos (d'Athènes); en troisième, M. Batman (de Norwich).

Le nombre des votants étant de 65, majorité 33, M. Fayrer obtient 43 suffrages; M. Tybaldos, 16; M. Batman, 6.

En conséquence M. Fayrer ayant obtenu la majorité, est proclamé membre correspondant étranger de l'Académie.

M. Panas fait une communication sous le titre suivant : *Des derniers progrès réalisés dans l'opération de la cataracte par extraction.*

Fort des résultats acquis dans la pratique hospitalière des deux dernières années, M. Panas croit pouvoir affirmer sans crainte d'être démenti que le triomphe de la méthode antiseptique dans l'opération de la cataracte est désormais assuré sur toute la ligne.

Pour atteindre cette terre promise de la sécurité absolue, il n'avait manqué jusqu'ici qu'un seul facteur, la hardiesse d'étendre *toujours et partout* le champ de l'antisepsie post-opératoire jusque dans la cavité de l'œil, considérée comme le dernier refuge de l'agent phlogogène venu de l'air, ou introduit par les instruments. Comme procédé opératoire, M. Panas préfère la méthode de Daviel, abandonnant celle de de Græfe, qu'il avait employée pendant quinze ans.

« Celui de nous, a-t-il dit, qui, une fois pourvu de toutes les ressources de la méthode antiseptique, voudra comparer les deux méthodes, ne tardera pas à se convaincre de la supériorité de la méthode française sur l'opération allemande. »

L'auteur expose ensuite les modifications qu'il a cru devoir introduire dans le procédé opératoire, le choix de la solution antiseptique, celle au bi-iodure d'hydrargyre lui paraissant mériter la préférence sur toutes les autres, le pansement et le traitement consécutif.

©BIU Santé

« Le but de cette communication à l'Académie, dit M. Panas en terminant, sera atteint si notre conviction est partagée par d'autres confrères sur les deux points que voici :

« 1° Nécessité absolue du lavage *intra-oculaire*, si l'on veut instituer une méthode antiseptique et sérieuse;

« 2° Dans les cataractes séniles, tant dures que molles et demi-molles, retour complet vers la méthode d'extraction sans mutilation de l'iris, tout en réservant l'iridectomie pour des cas exceptionnels. »

M. Lagneau fait une communication sous le titre suivant : *Remarques anthropologiques, médicales et démographiques sur la validité du soldat et la durée du service militaire.*

M. Gustave Lagneau croit que l'Académie ne doit pas se désintéresser des questions démographiques que soulève la future loi militaire; car la validité du soldat assure la valeur de l'armée, et la durée du service militaire peut n'être pas sans influence sur l'accroissement déjà si minime de notre population.

D'après de nombreux documents statistiques, beaucoup d'hommes n'arrivent à leur taille maxima que vers 25, 28 et 30 ans, selon les races. En France, les habitants de certains départements, anciennement peuplés de Celtes, arrivent très tard à leur taille maxima. La misère physiologique, résultant le plus souvent d'une alimentation insuffisante, mais aussi d'une vie trop sédentaire dans les ateliers, les manufactures, retarde et prolonge également le développement physique et l'accroissement de la taille.

De même que la stature, le thorax se développe bien au-delà de la vingtième année, au moins jusqu'à 25 et 28 ans. Le développement thoracique est souvent notablement moindre chez les jeunes gens instruits, ayant été astreints à la vie sédentaire des écoles, que chez les campagnards.

Bien que le développement physique ne soit pas parfait à 20 ans, il est très suffisant pour permettre aux hommes de s'instruire militairement. Plus tard, si la guerre survient, lorsque ces hommes, antérieurement instruits, sont appelés à l'armée, leur résistance aux fatigues est en rapport avec leur complet développement physique.

Quoique présentant une mortalité beaucoup moindre qu'anciennement, nos soldats offrent encore près de deux fois plus de malades et près de moitié plus de décédés que les civils de même âge. La mortalité militaire, en temps de paix, à l'intérieur, de 8 à 10 sur 1,000 hommes d'effectif diffère peu de celle des civils. Mais il faut tenir compte que l'armée est composée d'hommes choisis, qu'elle est expurgée de tous les infirmes et faibles de constitution, et que les revisions, les congés de réforme incessamment en éliminent tous ceux atteints de maladies chroniques, en particulier, et la plupart des phthisiques.

Deux maladies sévissent surtout sur l'armée : la fièvre typhoïde et la tuberculose. La fièvre typhoïde atteint surtout les jeunes soldats, dans les deux premières années de leur incorporation, pour devenir ensuite moins fréquente les années suivantes. Après avoir déterminé 4 à 5 décès sur 1,000, elle ne détermine plus ensuite que 2 et 1 décès sur 1,000.

Contrairement, la tuberculose atteint surtout le soldat depuis quelques années incorporé. Déterminant environ 1 décès sur 1,000 durant la première année, elle en détermine 2 à 3 les années suivantes et 3 à 4 après dix ans de service. D'ailleurs, cette mortalité par phthisie, dans les hôpitaux militaires, est très inférieure à la mortalité phthisique réelle, car la plupart des soldats tuberculeux sont réformés et vont mourir dans leurs foyers, en déchargeant l'obituaire de l'armée.

La fièvre typhoïde et la tuberculose, résultant principalement de l'encombrement humain, de l'insuffisance du renouvellement d'air dans les chambrées, sévissent beaucoup plus dans les casernes urbaines que dans les camps ruraux.

Puisque la morbidité et la mortalité sont grandes, dans l'armée, il faut en temps de paix y maintenir les jeunes gens le moins longtemps possible, c'est-à-dire le temps strictement nécessaire à leur instruction militaire. Cette durée du service pourrait être très courte. Si, au régiment, des inspections annuelles, semestrielles, constatant le degré d'instruction militaire, permettaient de renvoyer promptement dans leurs foyers

les hommes reconnus suffisamment instruits, dès le lycée, dès l'école, les enfants s'empresseraient de s'exercer à la gymnastique, aux manœuvres militaires; et leur santé, leur développement physique ne seraient pas, comme actuellement, compromis par la vie trop sédentaire, par le surmenage intellectuel des classes et des études.

Puisque la fièvre typhoïde et la tuberculose sont plus fréquentes dans les garnisons urbaines que dans les camps ruraux, il faut de plus en plus substituer les camps d'instruction aux casernes des grandes villes, si morbigènes pour les jeunes immigrés.

Puisque à partir de vingt-deux à vingt-trois ans, les hommes mariés présentent une mortalité d'environ un tiers moindre que les célibataires, et que, par suite de notre faible natalité légitime, l'accroissement de notre population est remarquablement faible, il importe de retenir le moins possible les jeunes hommes à l'armée, afin de leur permettre de promptement se marier.

— La séance est levée à cinq heures.

COURRIER

Nécrologie. — Le corps médical et la presse viennent de faire une perte douloureuse dans la personne de M. le docteur Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*. — Nous ne pouvons aujourd'hui qu'annoncer à nos lecteurs la mort de ce vénéré confrère, dont la nouvelle nous attriste profondément.

— Nous apprenons la mort du docteur Bernard-Alexandre Juzaux, médecin-major de première classe en retraite.

— Nous apprenons la mort du docteur Le Bret, chevalier de la Légion d'honneur, ancien inspecteur des eaux de Barèges, ex-président de la Société d'hydrologie de France. Savant distingué et républicain convaincu, M. Le Bret jouissait d'une juste influence dans la commune de Levallois-Perret, dont il fut longtemps l'adjoint.

— Le docteur Fauconneau Dufresne, l'éminent spécialiste pour les maladies du foie et du pancréas, vient de mourir à Chèteauroux, à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 29 décembre 1885, M. le professeur Grancher a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Société de biologie. — Le bureau de la Société de biologie est ainsi composé pour l'année 1886 :

Président perpétuel, M. Paul Bert; vice-présidents, MM. Bouchereau et Gréhant; secrétaire général, M. Dumontpallier; secrétaire général adjoint, M. Franck; secrétaires annuels, MM. Blanchard, Vignal, Beauregard, Bloch; trésorier, M. Chatin; archiviste, M. Hardy.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lerrat, professeur agrégé.

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 janvier 1886. — *Ordre du jour :* 1. Installation du Bureau. — 2. M. Christian : Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1885. — 3. M. Blondeau : Rapport de candidature à l'honorariat. — 4. M. Reliquet : Carcinome villeux diffus de la vessie. — 5. M. Dehenne : Sarcome de la choroïde.

Au milieu des progrès incessants de la thérapeutique martiale, la *Liqueur de Laprade* à l'albuminate de fer occupe une des premières places. Sa facile assimilation, son goût agréable, sa composition même, suffisent à expliquer les bons résultats qu'on en obtient dans la chlorose et l'anémie. Elle est toujours bien supportée par l'estomac.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Duroziez : Du pouls veineux et du pouls géminé. — II. Bibliothèque : Introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Pari. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Comment il faut ranger sa bibliothèque. — VI. Formulaire.

Du pouls veineux et du pouls géminé

Communication faite à la Société de médecine, dans la séance du 27 novembre 1885,

Par M. le docteur Duroziez.

Le pouls compté au cœur et à la radiale ne donne pas toujours le même chiffre; il y a des contractions du cœur qui se font presque à vide ou qui chassent trop peu de sang pour que la radiale soit influencée. Le ventricule droit se contracte-t-il à vide comme le gauche? Nous n'avons pas sous le doigt les battements de l'artère pulmonaire, mais nous avons sous les yeux les jugulaires, que nous voyons pleines et battantes, tandis que le pouls radial a disparu. Le contraste est frappant; il y a du sang dans les cavités droites; il n'y en a pas dans les cavités gauches. Le sang peut refluer de l'oreillette ou du ventricule.

Le rhythme varie, tantôt tout à fait irrégulier, tantôt prenant une sorte de régularité ; les battements vont trois à trois, ou par paires. Cette dernière espèce est la plus remarquable et la plus fréquente; on la rencontre pendant l'administration de la digitale; une pulsation forte est doublée d'une faible, et la pulsation peut devenir faible au point de disparaître; le pouls radial passe d'un coup à un chiffre moitié de ce qu'il était.

Nous disons que le pouls est géminé; cette expression n'indique pas la faiblesse de la seconde pulsation.

Tandis que la radiale ne bat pas, on entend les claquements du cœur et on voit battre les jugulaires. Dans les cas de ralentissement du pouls, il est indispensable d'écouter les claquements du cœur.

Pendant la seconde révolution qui constitue le pouls géminé, le ventri-

FEUILLETON

Comment il faut ranger sa bibliothèque.

Je connais bien des gens fort embarrassés de résoudre cette question, et qui, dans la crainte de mal faire, ou de perdre beaucoup de temps à ranger leurs livres dans un certain ordre qu'ils trouveront peut-être mauvais ou incommode le jour d'après, les placent sur leurs rayons les uns à la suite des autres, par ordre de taille, en attendant que l'inspiration leur vienne. Dans l'incertitude, ils s'abstiennent. Puis, de jour en jour, le nombre des livres augmente, et le désordre par conséquent; on finit par s'accommoder plus ou moins de cet état de choses, et à force de remettre au lendemain ce qu'on ne savait comment faire la veille, on arrive, tout en s'adressant des reproches aussi mérités que bien sentis, chaque fois qu'on cherche un livre sans le trouver, à laisser les choses aller comme elles veulent..... et la poussière jette un voile sur le tout.

Je crois, cependant, qu'on pourrait arriver facilement à ranger sa bibliothèque d'une manière simple et commode. Il suffit, pour cela, de mettre à exécution un très petit nombre de règles.

Mais, avant d'aller plus loin, voyons ce que doivent être ce que j'appellerai les accessoires d'une bibliothèque, c'est-à-dire le corps, l'armoire, les rayons, les fiches, — le principal, l'essentiel étant les livres.

cule gauche n'a pas reçu de sang et n'en envoie pas. En effet, s'il y a rétrécissement mitral, on n'entend le bruit de roulement diastolique, qui indique l'entrée du sang dans le ventricule, qu'à la fin de la deuxième révolution; on ne l'entend pas à la fin de la première. Si on calculait le chiffre des battements par le nombre des roulements, on diminuerait le pouls de moitié.

Le sphygmographe appliqué sur la radiale ne représente donc pas toujours le rhythme complet du cœur; il n'indique pas toutes les systoles du cœur. Le cardiographe est nécessaire et, de plus, il faudrait enregistrer les battements des jugulaires.

Faure, 16 ans, journalier. Juillet 1885.

Nous comptons 48 pulsations à la radiale et 96 au cœur. Le pouls est géminé. On observe des battements très nets au niveau de la valvule de la jugulaire externe; le plus grand battement est pour la deuxième révolution.

Genon, 40 ans. Pouls tantôt géminé, tantôt simple. Battement des jugulaires externe et interne seulement pour la deuxième révolution du cœur. Quand les révolutions du cœur sont simples, il n'y a pas de pouls veineux. Le battement veineux n'a lieu que lorsque le pouls artériel ne se fait pas sentir.

Chaudernot, 62 ans. Pouls géminé. Nous notons 36 pulsations à la radiale et 72 au cœur. Toujours le grand mouvement du golfe sus-claviculaire suit le battement artériel et n'existe que pour la deuxième révolution.

L'étude du pouls veineux présente des difficultés et des variétés, en raison des systoles irrégulières des oreillettes, mais elle est indispensable à un bon diagnostic. On peut reconnaître la chloro-anémie au rhythme spécial des jugulaires; ce sera le sujet d'un article spécial.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'INTRODUCTION DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES A TRAVERS LA PEAU SAINE PAR L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ, par M. le docteur LAURET. — 1885, Montpellier, Hamelin.

Certes, l'idée n'est pas nouvelle; dès les premiers temps de l'électrothérapie, on

---

Pour moi, le corps de bibliothèque idéal est celui dans lequel on peut prendre avec la main, sans être obligé de monter sur une chaise, un tabouret ou une échelle, les livres placés sur son rayon supérieur, et dont les rayons ne renferment qu'une rangée de livres. Les avantages d'une telle disposition sont si nets qu'ils frappent tout le monde; l'œil voit facilement où se trouve le volume cherché, sans avoir besoin de faire des efforts fatigants d'accommodation, et la main le saisit immédiatement, et tout aussi facilement, sans avoir besoin de déranger deux ou trois volumes de la première rangée pour arriver à la seconde, et d'écarquiller les yeux pour fouiller dans la profondeur des rayons. Ces avantages sont surtout appréciables le soir, quand on n'a qu'une main à sa disposition, l'autre tenant la lumière qui éclaire le chercheur.

Mais, me dit-on déjà, sans doute votre bibliothèque est idéale et possède tous les avantages désirables; mais si vous la réduisez en hauteur et en profondeur, il faudra l'étendre en largeur; et, à Paris, vous savez si les pièces sont petites; où mettrez-vous tous ces corps de bibliothèque larges, ou nombreux, quoique peu élevés et peu profonds?

Aussi suis-je très embarrassé pour répondre; j'ai éprouvé tous les inconvénients de ce peu de place si funeste aux bibliothèques dans les appartements de Paris, et j'ai renoncé pour ma part, et depuis longtemps, forcément, à mon idéal. Après avoir changé mes rayons simples contre des rayons doubles, j'ai mis des volumes sur la planche située au-dessus du dernier rayon, puis j'ai ajouté un, puis deux rayons, jusqu'au plafond; puis j'ai renoncé aux livres nouveaux. Bref, ceux qui pourront se pro-

©BIU Santé

entreprit de se servir du courant galvanique comme moyen d'introduction des substances médicamenteuses dans l'organisme. Il n'y aurait donc pas lieu de mentionner le travail de M. Lauret comme un ouvrage d'actualité, si cet habile observateur, mieux inspiré que ses prédécesseurs, en physique médicale, ne s'était placé à un point de vue différent pour apporter la lumière dans cette question.

En effet, l'obscurité du problème ne vient pas seulement des difficultés de l'expérimentation; elle tient encore à la peine qu'on éprouve à démontrer dans les liquides de l'organisme la présence des substances absorbées. Une question préalable se pose et, avant toute autre, demande une solution : quelle est normalement l'absorption des liquides par la peau? Niée par les uns, admise par les autres, cette absorption reste contestée. Dans une série d'ingénieuses expériences et après l'immersion d'une partie du corps dans un bain ioduré, M. Lauret cherche en vain la réaction de l'iode dans les urines. Il conclut dès lors que « l'absorption dans ces cas était nulle ou absolument négligeable. »

Mais en complétant l'expérience par l'addition d'un courant électrique M. Lauret a constaté, après le bain hydro-électrique, la présence de traces d'iode dans l'urine et dans la salive. Par d'autres expériences, dont le dispositif n'est pas moins ingénieux, M. Lauret essaye de surprendre le mécanisme de ces phénomènes. Il en conclut que l'absorption déterminée par le courant n'est pas d'origine électrolytique, mais bien osmotique.

Pour vérifier la valeur de cette méthode, il fallait établir la quantité de médicament absorbée : tel est l'objet du chapitre III. — Cette dose est d'ailleurs fort minime; elle ne dépasse jamais quelques milligrammes et ne doit pas faire naître l'espérance d'applications réellement pratiques.

Les recherches de notre distingué confrère ont donc pour résultat de dissiper des illusions; elles ont aussi l'avantage, par leur précision et leur originalité, de réduire à sa valeur réelle le rôle, si surfait, de l'absorption médicamenteuse par la peau. Aussi, M. Lauret termine-t-il sa remarquable thèse inaugurale par ces paroles tant soit peu mélancoliques, mais à coup sûr pleines de vérité : « Je trouve une compensation dans l'espoir d'avoir contribué à réfuter, à détruire des erreurs et des exagérations qui régnaient sur ce sujet; car, si l'exagération et l'erreur sont regrettables dans toutes les sciences, elles acquièrent une gravité particulière dans la science de soigner et de guérir le malade. » — Voilà de sages réflexions, qui feront méditer les thérapeutes empressés à mener hâtivement grand bruit autour de leurs découvertes et à cacher les incertitudes de leurs expériences. — Ch. Eloy.

---

curer mon idéal s'en trouveront bien, je l'affirme; ceux qui ne le pourront pas feront comme ils pourront.

Les fiches sont de différentes dimensions; les plus commodes se rapprochent des cartes à jouer comme grandeur et comme épaisseur; elles tiennent peu de place et sont suffisamment grandes pour contenir toutes les indications nécessaires. On les trouve, ainsi que les cartonniers destinés à les renfermer, chez tous les papetiers un peu importants. Quant à la place que doivent occuper les cartons, elle doit être telle que le carton consulté se trouve plus bas que l'œil; il suffit alors de le tirer hors du cartonnier, ou du meuble qui le garde, pour fouiller dedans; si le carton est plus haut, il faut le sortir tout à fait et le transporter, au risque de le renverser et de mélanger toutes les fiches.

Je vous dirais bien encore comment il faut faire relier vos livres, mais tout ce que je vous dirais ne servirait de rien; le relieur, comme le tailleur, vous démontrera toujours qu'il n'a fait que suivre vos instructions quand il aura fait tout le contraire; le seul conseil que je puisse vous donner est de vous efforcer de trouver un relieur expérimenté, ce qui n'est pas commun, et d'obtenir de lui, ce qui n'est pas facile, de ne pas trop rogner les marges de vos livres.

Examinons maintenant comment il faut ranger les ouvrages dans les rayons.

Etant donné qu'il y a, dans toute bibliothèque, des ouvrages dont on se sert souvent et d'autres dont on se sert rarement, il faut :

1° Avoir à portée de la main tous les livres dont on a besoin souvent;

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), qui est un des correspondants officieux les plus fidèles de l'Académie, demande d'où vient la fréquence des épidémies de choléra dans le delta du Gange.

Sa lettre est renvoyée à la commission du choléra.

Un autre correspondant, de San-Francisco, élève une réclamation de priorité contre M. Ch. Richet, à propos des recherches de ce dernier sur les sels du cœsium, du rubidium, etc. Il dit avoir fait paraître des travaux, concernant cette matière, dès 1839. Et cela peut paraître bien étrange, ou du moins faire supposer une erreur de date, le rubidium n'ayant été découvert que beaucoup plus tard. L'éclaircissement viendra sans doute.

Un troisième correspondant adresse des échantillons de poussières météoriques recueillies dans l'atmosphère pendant la pluie d'étoiles de la nuit du 27 novembre dernier. C'est parfait; mais il est peut-être regrettable qu'il n'ait pas fait connaître comment il les avait recueillies, et à quoi il a reconnu que ce pouvait être des poussières météoriques.

Enfin, un quatrième correspondant, dont le nom reste un mystère comme ceux des deux précédents, raconte qu'il détermine sur lui-même des phénomènes de bronchite, et un enrouement très marqué, au moyen des aspirations de vapeurs alcooliques; puis, que sous l'influence d'un inhalateur à goudron, tout se dissipe instantanément et que sa voix redevient plus forte et plus belle qu'auparavant. Il est probable que cet effet merveilleux ne peut se produire qu'une fois; autrement, on ne voit pas où la force et la beauté de sa voix s'arrêteraient.

M. le secrétaire perpétuel Jos. Bertrand fait hommage à l'Académie, de la part de l'auteur, M. H. de Parville, des deux volumes des *Causeries scientifiques* pour les années 1883 et 1884, dont nous avons rendu compte. dans ce journal, à la date du 6 décembre dernier.

M. Faye donne lecture d'une note sur les cyclones, dans laquelle il confirme, à l'aide des observations récentes, sa théorie des courants atmosphériques descendants.

2° Placer les autres dans l'espace laissé vacant par les premiers.

A coup sûr ces règles sont superflues pour ces petites bibllothèques qu'on trouve dans toutes les chambres d'étudiants, qui ont 6, 8, 10 rayons au plus et dont la profondeur ne permet pas de mettre plus d'une rangée de livres sur chaque rayon. Ici, tous les livres sont à la portée de la main. Mais encore est-il bon de les mettre dans un certain ordre, et il n'est pas indifférent de placer pêle-mêle une centaine de volumes ou de mettre ceux qui se rapportent au même sujet sur le même rayon; par exemple, les ouvrages d'anatomie ensemble, ceux de physiologie de même, et ainsi de suite pour ceux de médecine, de chirurgie et ceux de littérature contemporaine qui servent à délasser l'esprit fatigué d'études sérieuses. Et puis, d'ailleurs, ce mode de classement servira plus tard à l'étudiant, quand il aura une bibliothèque plus grande.

Arrivons, en effet, à un degré plus élevé dans les dimensions de ce meuble utile, celui dans lequel la bibliothèque, n'admettant encore qu'une seule rangée de livres, occupe toute la hauteur de la pièce où elle se trouve. Ici, la main ne pouvant atteindre le ou les rayons supérieurs sans que le travailleur monte sur quelque chaise ou échelle, il est de toute nécessité que les ouvrages peu consultés soient placés sur les rayons supérieurs et les plus consultés sur les rayons inférieurs, en ayant soin, comme dans le cas précédent, de réunir ensemble les ouvrages relatifs au même objet.

Soit maintenant une bibliothèque pouvant recevoir en profondeur deux rangées de livres, la seconde étant toutefois sur un niveau supérieur à celui de la première, pour qu'on puisse facilement distinguer au moins le titre des ouvrages de cette seconde

— M. Péligot présente, au nom de M. Deherain, un nouveau travail relatif à la culture de la betterave.

M. Paul Bert, de la part de M. Adamkiévitz, présente une note sur la structure de la cellule nerveuse. Il résulte des recherches de ce physiologiste que le noyau de la cellule ne serait qu'un cul-de-sac veineux. M. Paul Bert ne peut s'empêcher de regretter qu'au lieu de récriminer contre les critiques dont les travaux de M. Adamkievitz ont été l'objet, l'auteur n'ait pas indiqué tout simplement le procédé technique au moyen duquel les autres physiologistes pourraient s'assurer de la réalité du fait contesté.

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau.

Avant d'échanger son titre de vice-président contre celui de président, M. Jurien de la Gravière expose la situation de l'Académie à ce jour : Dix membres titulaires sont morts dans le courant de l'année 1885. Ce sont : dans la section de géométrie, MM. Serret et Bouquet; — dans la section de mécanique, MM. Rolland et Tresca; — dans la section de géographie et navigation, M. Dupuy de Lôme; — dans la section de physique générale, M. Desains; — dans la section de botanique, M. Tulasne; — dans la section d'économie rurale, M. H. Bouley; — dans la section d'anatomie et zoologie, MM. H. Milne-Edwards et Ch. Robin.

Deux membres nouveaux ont été élus; il reste, par conséquent, huit nominations à faire. De plus, douze correspondants sont à élire.

M. Jurien de la Gravière rappelle, à ce propos, qu'à plusieurs reprises, dans les comités secrets, le regretté M. Bouley avait insisté sur la convenance de ne pas laisser si longtemps ouvertes les vacances de ces places si ardemment désirées. Il joint ses instances à celles de son prédécesseur, et il invite les commissions à présenter leurs rapports à ce sujet dans le plus bref délai possible.

MM. Becquerel et Frémy sont réélus, à la presque unanimité, membres de la commission administrative.

Les urnes circulent ensuite, et recueillent les bulletins pour la nomination du vice-président. Cette année, le vice-président doit être choisi dans la division des sciences physiques.

Pour ceux de nos lecteurs qui ne le sauraient pas, disons que l'Académie est divisée en deux grandes catégories : les sciences mathématiques et les sciences physiques. La première comprend cinq sections : I. Géométrie; — II. Mécanique; — III. Astronomie; — IV. Géographie et navigation; — V. Physique générale. La seconde comprend six

---

rangée. Les règles applicables au cas précédent le sont encore à celui-ci, mais avec quelques modifications. Par exemple, je placerais aux rayons supérieurs les ouvrages de littérature ou étrangers au genre d'étude de leur propriétaire; tout à fait en bas, sur un rayon simple, les volumes in-folio ou in-quarto, dont la largeur est trop grande pour qu'on puisse en mettre deux de front; enfin, entre ces deux catégories, les ouvrages d'usage quotidien ou relatifs aux études courantes, en mettant sur la seconde rangée, ou rangée du fond, les ouvrages anciens ou peu consultés, et les ouvrages récents sur la première rangée ou rangée de devant. On peut encore placer sur la première rangée les ouvrages de petit format, et, sur la seconde, ceux de grand format, que rien dès lors n'empêche de voir et de trouver.

Quand la bibliothèque reste dans ces limites, il n'est guère besoin de catalogue. On peut y suppléer facilement en plaçant les ouvrages de chaque rangée ou de chaque groupe : littérature, anatomie, physiologie, médecine, chirurgie, etc., suivant l'ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Le catalogue devient nécessaire lorsque, les dimensions de la bibliothèque s'agrandissant, il y entre non seulement des ouvrages plus nombreux, mais encore des volumes ou des cartons dits de *mélanges*, c'est-à-dire contenant plusieurs brochures relatives au même sujet et réunies ensemble. Malgré cette réunion, je crois qu'il serait le plus souvent impossible de trouver l'ouvrage cherché sans grande perte de temps, si un catalogue n'indiquait l'endroit précis, c'est-à-dire le numéro du volume ou du carton dans lequel se trouve cet ouvrage.

©BIU Santé

sections : I. Chimie ; — II. Minéralogie ; — III. Botanique ; — IV. Economie rurale ; — V. Anatomie et zoologie ; — VI. Médecine et chirurgie.

Il en résulte, comme on le voit, que la section de physique ne fait pas partie des sciences physiques, c'est une anomalie assez singulière et qui méritait d'être signalée.

Sur 52 votants, majorité 27, M. Gosselin obtient 28 suffrages ; M. Hervé-Mangon, 23.

En conséquence, M. Gosselin est proclamé vice-président et prend immédiatement place au bureau. Il présidera l'Académie en 1887. Toutes nos sincères félicitations à notre illustre et très vénéré confrère.

— L'ordre du jour étant épuisé, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 décembre 1885. — Présidence de M. DE BEAUVAIS.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales médico-chirurgicales*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Pacific medical and surgical Journal de San-Francisco* (déc. 1885).

Une brochure intitulée : *La Protubérance annulaire, premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre des facultés supérieures*, par le docteur BITOT, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. BLONDEAU, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

Une lettre de M. DALCHÉ, remerciant la Société du prix qu'elle lui a décerné ;

Une lettre de M. le docteur GOURON, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

Une lettre de M. le docteur LEDIBERDER (de Lorient), par laquelle il demande à être nommé membre correspondant ; il envoie en même temps une brochure *sur la scarlatine*.

Cependant les livres, petits et gros, arrivent toujours, à mesure que l'étudiant devient interne, puis docteur, agrégé, etc. Un seul corps de bibliothèque ne suffit plus ; il en faut deux, trois ; puis le cabinet de travail étant encombré, les livres envahissent la chambre à coucher, la salle à manger, etc., et on peut dire aux visiteurs :

« Aimez-vous les bouquins, on en a mis partout. »

Mais, malgré leur nombre, on peut encore les ranger suivant les deux règles émises plus haut, en les élargissant un peu.

Vos livres tiennent-ils encore tous dans votre cabinet de travail, malgré la multiplicité des corps de bibliothèque ? Vous pouvez encore placer dans chaque corps ou armoire, à portée de la main, les ouvrages d'usage quotidien, et les autres plus haut ; les grouper ensemble suivant les matières dont ils traitent, et si l'ordre alphabétique n'est plus possible à conserver sans inconvénient, on peut le remplacer par l'ordre numérique, comme je l'indiquerai tout à l'heure.

Ont-ils envahi les autres pièces de votre appartement ? Vous ne conservez alors dans votre cabinet de travail, que ceux dont vous vous servez le plus souvent, suivant votre genre d'études, et vous reléguez dans les autres pièces ceux qui vous sont moins utiles. Et les ouvrages que vous conservez, vous les rangez encore d'une certaine façon : ensemble, les dictionnaires, les journaux et recueils périodiques ; ensemble, les ouvrages d'anatomie, de physiologie ; ensemble, les ouvrages de médecine, qui, s'ils sont nombreux, peuvent encore être subdivisés en traités généraux de pathologie interne, clinique médicale, affections de la tête, de la poitrine, du thorax, du système nerveux, de

©BIU Santé

Renvoyé à une commission composée de MM. Besnier, Thévenot et Dubrisay, rapporteur;

Une lettre de M. Rouvier, membre correspondant, avec un mémoire : *Étude sur les déviations menstruelles.*

M. Dubuc dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Rétention d'urine de cause prostatique; difficultés du cathétérisme.*

M. Gillebert d'Hercourt père offre à la Société un certain nombre de mémoires qu'il a publiés avant 1870, et qu'il destine à remplacer ceux qui existaient dans nos archives, mais qui ont été détruits dans l'incendie de l'Hôtel de Ville.

M. le Président remercie M. Gillebert-d'Harcourt de la précieuse collection dont il fait don à la Société.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

Permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler en quelques mots l'historique du prix que nous allons décerner officiellement aujourd'hui pour la première fois.

En 1879, au mois de novembre, mourait notre vénéré collègue, M. Fréderic Duparcque, qui, depuis 1818, c'est-à-dire depuis plus de soixante ans, était membre titulaire de notre chère Société, dont il avait été nommé président en 1837, et qu'il affectionnait profondément.

Par une clause spéciale de son testament, Duparcque a voulu nous donner, par delà le tombeau, une preuve suprême de son inaltérable attachement, en nous léguant une somme de *dix mille francs*, pour fonder, en son nom, un prix bis-annuel.

Après l'accomplissement régulier des longues formalités nécessaires pour autoriser notre Société, heureusement reconnue d'utilité publique depuis 1878, à accepter le bénéfice des intentions généreuses de notre regretté collègue, il fut institué, dans la séance du 28 mai 1881, une Commission chargée d'examiner l'ensemble des questions relatives à la fondation du prix Duparcque. Elle se composait du président, M. Charrier; du secrétaire général, M. de Beauvais; de MM. Besnier, Forget, Reliquet, Thévenot et Larcher, rapporteur.

Sur le rapport de cette Commission, la Société a décidé par un vote :

1° Que le prix consisterait en une somme de 600 francs et une médaille d'or de la valeur de 100 francs, portant l'inscription suivante sur l'une de ses faces : *Société de médecine de Paris*, et sur l'autre *Prix Duparcque, les noms du lauréat, et le millésime;*

---

l'appareil circulatoire, digestif, urinaire, etc.; ensemble, les ouvrages de chirurgie, subdivisés d'une manière analogue, etc., en haut, les anciens; au milieu, les modernes; en bas, les in-quarto, souvent représentés par des volumes de mélanges, de thèses, des cartons contenant des brochures ou des notes, les grands journaux, etc.

Cette disposition peut s'appliquer même aux plus grandes bibliothèques, dans lesquelles les armoires, ayant 5, 6, 8 mètres de haut, sont divisées, suivant leur hauteur, en plusieurs étages à l'aide de galeries circulaires qui rendent inutile l'emploi si incommode des échelles. C'est, je crois, ce qu'on a projeté de faire pour la nouvelle bibliothèque de la Faculté de médecine. Aux étages supérieurs seront évidemment les ouvrages anciens ou en double, et les modernes à l'étage inférieur, à portée de la main, l'espace entre les galeries étant de 2 mètres à 2 mètres 50.

Les armoires sont numérotées d'une manière différente suivant les bibliothèques; mais, dans les grandes, elles le sont de gauche à droite; dans toutes, les rayons doivent être numérotés de haut en bas, et les volumes de chaque rayon de gauche à droite.

Quelle que soit d'ailleurs l'importance de la bibliothèque, il faut ranger les livres avant de les numéroter. On se tromperait grossièrement si on croyait pouvoir numéroter les ouvrages avant de les ranger; ce faisant, on s'exposerait à ce que des volumes de grand format se trouvassent placés, par leur numéro d'ordre, dans un rayon trop étroit pour les admettre, ce qui forcerait à changer le numéro ou à rompre l'ordre adopté, — et à ce que de petits volumes vinssent dans de grands rayons, où ils seraient

©BIU Santé

2° Que le prix ne serait jamais partagé;

3° Que, dans le cas où le prix n'aurait été accordé à aucun des concurrents, la totalité de la somme serait ajoutée à la valeur du prix à décerner deux ans plus tard;

4° Que le prix serait décerné, tous les deux ans, en séance publique, le quatrième samedi de décembre.

Il fut aussi décidé pour honorer la mémoire du donateur, que le sujet du prix serait un travail ayant trait à la gynécologie, dont Duparcque s'occupait avec autant de talent que de prédilection.

Le premier concours a été ouvert le 1er avril 1882. Trois mémoires consciencieusement élaborés ont été déposés le 1er avril 1883, entre les mains du secrétaire général, Ils ont été examinés avec le plus grand soin par une Commission de cinq membres. nommés au scrutin secret; MM. Reliquet, Polaillon, Thévenot, Dubuc et Delefosse.

Le sujet du concours était ainsi libellé : *De l'étude des troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques ou pathologiques de l'utérus.*

Sur le rapport de M. Thevenot, la Société, après deux tours de scrutin, vote, à la majorité d'une voix, qu'il n'y a pas lieu, cette année, de décerner le prix Duparcque.

En conséquence, conformément à l'article 10 du rapport de la Commission d'études des conditions du prix, la Société annonce que la totalité de la somme sera ajoutée à la valeur du prix à décerner en 1885.

Dans la séance du 8 décembre 1883, M. de Ranse, au nom d'une commission composée de MM. Thevenot, Polaillon, Richelot et de Beauvais, lit un rapport pour déterminer le sujet du prix à décerner en 1885.

Après une discussion motivée, la Société décide que le sujet du prix aurait pour titre : *De la pathologie de l'ovaire et en particulier de l'ovarite.*

Deux mémoires originaux et écrits avec talent ont été envoyés au concours, l'un par M. Paul Dalché, intitulé : *De l'ovarite;* l'autre par M. Léon Tissier ayant pour sujet : *De la castration chez la femme, en chirurgie.*

Les deux concurrents sont internes des hôpitaux; M. Dalché est l'élève d'un de nos collègues les plus distingués, notre ancien Président, M. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. Léon Tissier, s'est, depuis le concours, fait recevoir docteur, et son mémoire lui a servi de thèse inaugurale.

La commission, composée de MM. Duroziez, Polaillon, Richelot et Thevenot, constate par l'organe de son rapporteur, M. Le Blond, que les deux mémoires ont une valeur

---

assurément à leur aise, mais où ils prendraient la place d'un autre, et l'on sait combien la place est chose précieuse dans une bibliothèque.

Les livres étant rangés suivant les besoins des lecteurs, reste à les trouver où ils sont. C'est là l'office du catalogue.

Chaque ouvrage, quelle que soit son importance, doit être représenté au catalogue par au moins une fiche ou carte contenant : 1° le nom de l'auteur; 2° le titre de l'ouvrage; 3° le numéro de l'édition; 4° la date et 5° le nombre des volumes (les raffinés ajoutent le format, le nombre des pages, le genre de reliure, etc.); enfin, 6° le point de repère, c'est-à-dire l'indication de l'endroit où se trouve l'ouvrage.

Ce point de repère peut être de l'une des deux espèces suivantes. Chaque volume étant garni d'une étiquette collée en haut du dos (1), on inscrit sur elle un seul chiffre, si on se propose de numéroter tous les ouvrages à la suite les uns des autres, ou trois chiffres superposés, le supérieur indiquant le numéro de l'armoire, le second celui du rayon de l'armoire, et l'inférieur celui du rang du rayon de l'armoire où se trouve l'ouvrage. Par exemple, une bibliothèque se compose de cinq armoires, dont chacune

---

(1) Cette étiquette pourrait être aussi bien en bas lorsque les rayons ne portent qu'une rangée de livres, mais, lorsqu'il en a deux, l'étiquette doit être en haut, car on ne pourrait la voir, si elle était en bas, pour les volumes de la seconde rangée cachés en partie par ceux de la première. On pourrait encore, lorsque les volumes sont peu nombreux, la placer sur la couverture, à l'angle supérieur qui avoisine le dos.

scientifique intrinsèque, réelle et égale. Elle émet le vif regret que les conditions imposées par le concours ne lui permettent pas de partager le prix entre les deux concurrents. Mais la Société ayant voté, d'une façon définitive, dès l'ouverture du concours, que *le prix ne serait pas partagé*, elle accorde la totalité du prix, c'est-à-dire *douze cents francs et une médaille d'or* à M. Paul Dalché, interne à l'Hôtel-Dieu, ajoutant d'ailleurs que le manuscrit de ce candidat, destiné tout spécialement à notre concours, répondait plus directement à la question posée par la Société : *De la pathologie de l'ovaire et en particulier de l'ovarite*. Question intéressante et difficile qui, disons-le en passant, avait attiré l'attention de notre généreux donateur Duparcque, et qu'il avait effleurée en traitant de la péritonite suraiguë des jeunes filles consécutive à la première ovulation.

La commission reconnaît hautement les qualités sérieuses du travail de M. Léon Tissier, dont le prix Godard, décerné le 15 décembre dernier par l'Académie de médecine, est venu consacrer le légitime mérite et la prééminence sur cinq autres mémoires.

Vous avez ratifié, Messieurs, par un vote unanime et motivé, les conclusions de la commission.

Par une coïncidence dont je suis très honoré, j'ai le bonheur, en finissant mon mandat de Président, d'avoir le privilège de décerner, au nom de la Société, pour la première fois le prix du regretté et vénéré Duparcque, à notre premier lauréat. Que ce beau succès l'encourage noblement au début de sa carrière; que bientôt M. Paul Dalché vienne prendre sa place parmi nous, et nous apporter le tribut de ses travaux et de ses recherches. Je termine, en ajoutant que son digne émule, M. Léon Tissier, est sûr, à son tour, de trouver ici l'accueil le plus cordial et le plus chaleureux.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. Paul Dalché s'approche du bureau et vient recevoir, au milieu des applaudissements unanimes de la Société, la médaille qui lui est décernée.

M. Fraigniaud lit l'observation envoyée par M. le docteur Pineau (de Château-d'Oléron), membre correspondant, et ayant pour titre : *Rupture du diaphragme, étranglement interne; pleuro-péritonite terminée par vomique; guérison.* (Renvoi au comité de publication.)

M. Dubuc lit un travail intitulé : *De l'utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie.* (Sera publié.)

M. Perrin : Dans l'intéressante observation que vient de nous lire M. Dubuc, je suis

---

à huit rayons et chaque rayon de 30 à 40 volumes; l'indication 3, 2, 25, reproduite sur la fiche, vous dira que l'ouvrage cherché se trouve à l'armoire 3, rayon 2, au n° 25. Cette dernière notation me semble bien préférable à la première. N'eussiez-vous que 1,000 volumes, numérotés et rangés à côté l'un de l'autre, ou à la suite, suivant les rayons, vous serez toujours obligé de chercher un peu pour trouver le n° 325 ou 843, ou tout autre, à partir d'un certain chiffre; tandis que, 100,000 volumes étant répartis dans 50 armoires, vous pourrez aller chercher presque les yeux fermés le volume placé au n° 25 du deuxième rayon de la troisième armoire, ou au n° 15 du rayon 6 de la trentième armoire, etc. Même difficulté, d'une part, et même facilité, de l'autre, pour remettre le volume à sa place.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

Sirop de dentition. — Bouchut.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50 centigr.
Borate de soude	0 — 50 —
Sirop de guimauve	10 grammes.
Sirop diacode	5 —

F. s. a. un sirop avec lequel on frictionne doucement les gencives quatre fois par jour. — N. G.

---

frappé de ce fait, qu'il a injecté en même temps la solution d'acide borique et la solution de chlorhydrate de cocaïne. Celle-ci n'est-elle pas décomposée par l'acide borique ?

M. Dubuc : En aucune façon. J'ai fait de nombreuses expériences qui m'ont démontré que l'acide borique n'attaque pas le sel de cocaïne et n'empêche pas son action.

M. Dubrisay : Le malade dont M. Dubuc vient de nous faire l'histoire, a pris depuis plus de six mois, 3 grammes d'acide borique par jour, à l'intérieur ; le médicament est-il donc si inoffensif ? Si je pose la question, c'est parce que l'acide borique, depuis quelque temps, est très employé dans le commerce, comme moyen de conservation des denrées alimentaires. Le lait, la viande, le poisson, etc., sont conservés de cette façon. Aussi le préfet de police s'en est-il ému, et a-t-il demandé au Conseil de salubrité si ce moyen de conservation est inoffensif. La question est à l'étude, des expériences ont été instituées, et j'ignore quel sera le résultat de l'enquête. Mais à coup sûr aucun des membres du Conseil n'aurait pensé qu'on pût donner 3 grammes d'acide borique par jour, pendant des mois, sans aucun inconvénient.

M. Dubuc : Je donne l'acide borique en solution à 4 pour 100, dans de l'eau sucrée ou de l'eau additionnée de fleur d'oranger. Je crois qu'il empêche la fermentation ammoniacale, et qu'il dissout les concrétions muqueuses dont j'ai parlé. Je puis affirmer que mon malade a pris régulièrement, depuis six mois, 3 grammes d'acide borique par jour, sans aucun accident, sauf peut-être quelques douleurs intestinales, qui se sont rapidement dissipées.

M. Reliquet : Les moyens employés par M. Dubuc, pour éviter les récidives de pierres, n'ont pas eu beaucoup d'action. Dans mes *Leçons sur les stagnations d'urine*, page 242, j'insiste sur la formation des phosphates terreux, dus à la stagnation d'urine locale, dans les cavités entre les colonnes de la vessie. C'est en effet un accident fréquent consécutif à la stagnation et à la rétention prostatique, lorsqu'il n'a pas été possible d'empêcher la formation des colonnes vésicales.

— J'ai pu suivre à tous ses degrés la formation des calculs prostatiques dans ces cas. Depuis l'état glaireux contenant des grains de phosphates, jusqu'au calcul qui, développé dans la loge vésicale, a une forme spéciale. Il est arrondi sur la face convexe qui est appliquée contre la muqueuse, et ratatiné, irrégulier, sur la face plus ou moins concave, qui répond à la cavité vésicale.

— Je n'ai pas manqué dans mes leçons sur les stagnations d'urines de dire comment on peut éviter la production de ces graviers ; et comment, quand ils existent, il faut procéder pour en débarrasser la vessie.

— Dans le premier cas, il faut faire dans la vessie des injections avec un liquide qui agisse sur ces glaires, qui les concrète suffisamment pour les détacher des parois vésicales et les sortir des loges. Jusqu'à présent le meilleur liquide est la solution d'acide phénique au millième. Elle concrète et détache très bien les mucosités des parois vésicales. Son action est telle, que même à la fin de l'évacuation des graviers de la lithotritie, en agissant sur le mucus qui retient les poussières contre les parois, elle détache celles-ci et en provoque toujours la sortie.

Ici, pour que l'action de la solution phéniquée soit réelle, il faut qu'elle pénètre dans toutes les loges entre les colonnes. De là, un *modus faciendi* spécial : le liquide doit être à la température de 37°. L'injection doit être poussée très lentement dans la vessie, le malade étant couché, et le liquide doit arriver dans la vessie, jusqu'à ce que celle-ci réagisse, ce que la main, qui manœuvre la seringue, reconnaît même avant que le malade manifeste le besoin d'uriner, ainsi que je l'ai dit dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*. Faites ainsi, ces injections déplissent les parois vésicales, pénètrent dans les loges, agissent sur les bourbillons et les entraînent en sortant.

Les injections boriquées ne suffisent pas, elles peuvent entraîner les bourbillons qui sont libres, mais elles ne les détachent pas de la paroi vésicale.

Dans le second cas, lorsqu'il y a des pierres, il faut avant tout dilater la vessie. Ce n'est que par le développement le plus complet possible des parois vésicales, qu'on peut

faire tomber ces calculs retenus entre les colonnes. Pour cela, on a recours aux injections d'eau boriquée, et d'eau phéniquée, faites comme je viens de le dire. En même temps, on écarte toutes les causes d'excitations vésicales, celles dues aux matières dans le rectum, par les grands lavements; celle dues aux pierres libres, en maintenant le malade horizontal et le faisant uriner dans cette position; celles dues à l'urine, en maintenant celle-ci abondante et peu chargée par le régime lacté. Enfin, on donne des petits lavements calmants.

Tout cela combiné, la vessie se dilate progressivement, et les graviers deviennent successivement libres dans la vessie.

Ce n'est que lorsqu'on a dilaté la vessie, qu'il n'y a plus de bourbillons dans les urines ou les injections, qu'il n'y a pas la plus légère excitation de la vessie, qu'on est certain, dans ces cas spéciaux, qu'il n'y a plus de pierre logée entre les colonnes.

M. Dubuc nous a parlé de ces magmas de mucus imprégnés de cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens, qui s'observent après la chaudepisse. C'est là une affection très fréquente en Autriche. Dittle, de Vienne, l'a décrite depuis longtemps, j'en ai observé un assez grand nombre de cas. Ces magmas si irritants se forment dans la région profonde de l'urèthre et sur le pourtour du col vésical; ils y sont comme collés, ils irritent violemment le col vésical. De là, les douleurs violentes, les mictions fréquentes et très pénibles.

Dans tous les cas que j'ai observés, j'ai toujours obtenu la disparition des cristaux de phosphates en faisant prendre des acides organiques dilués : la citronnade, le vin blanc, l'orangeade, etc.; il ne faut pas oublier de supprimer la bière. J'ai complété la guérison de l'uréthrite profonde, les cristaux et, par conséquent, les douleurs de miction n'existant plus, en faisant l'injection profonde de Mercier avec une solution de nitrate d'argent accompagnée des précautions que je vous ai dites dernièrement pour éviter l'excitation consécutive.

— Le fait de M. Dubuc ne permet pas, selon moi, de conclure à l'utilité réelle de la cocaïne dans la lithotritie. Son malade avait déjà subi plusieurs séances; nous savons que les premières séances sont toujours plus douloureuses; que la vessie y est moins tolérante. Après ces premiers broiements chez ce malade, dont la prostate développée élevait le col, dont la vessie ne se vidait pas, certainement les débris ou petits graviers ne sont plus venus toucher le col. De là un calme plus grand de la vessie. Plusieurs fois j'ai essayé l'action du chlorhydrate de cocaïne soit contre les spasmes de l'urèthre, soit contre l'excitation de la vessie, en portant, bien entendu, la solution dans la vessie ou l'urèthre, selon les cas. Je n'ai pas eu de résultat constant; aussi je continue à observer.

M. Polaillon : En chirurgie, l'injection d'acide borique dans les cavités ne produit aucun accident; il n'en est pas de même de l'acide phénique.

Quant à la cocaïne, elle est certainement très utile, notamment dans les affections douloureuses des organes génitaux de la femme. Récemment, j'ai pu aussi, grâce à elle, faire une opération de staphylorraphie, sans que l'opéré accusât aucune douleur.

M. Dubuc : Du cas que j'ai raconté, je ne voudrais pas tirer une déduction exagérée; pour une grosse pierre, je préférerais certainement le chloroforme. Mais il n'en est pas de même pour une petite pierre, et je reste convaincu que la cocaïne m'a été très utile.

Élections. — La commission chargée de rédiger le programme du prix Duparcque pour 1887, élue au scrutin secret, se compose de MM. Polaillon, Dubuc, Duroziez, Reliquet et Thevenot, auxquels sont adjoints le président et le secrétaire général.

— M. le docteur Colombe (de Lisieux) est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

— Le banquet annuel est fixé au vendredi 22 janvier 1886.

Le secrétaire annuel, Deligny.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décrets, en date des 26, 28 et 29 décembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'orde de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Hattute, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. Mathis, Poncet et Mathieu, médecins principaux de première classe; Kopf, Naïl et Bergé, médecins-majors de première classe; Debeaux, pharmacien principal de deuxième classe; Bizot, vétérinaire principal de première classe; Baillet, directeur-professeur à l'École vétérinaire de Toulouse; Commenge, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement de Paris,

Au grade de chevalier. — MM. Chaumery, médecin sanitaire de France à Alexandrie; Paul Gibier, médecin à Paris; Guieu, Geschwind, Clément, Evrard, Guilhem, Millet, Penot, Charbonnier, Crussard, Lacassagne, Benoît, Darricarrère, Nicaud, Géniaux, Davignon et Poignon, médecins-majors de première classe; Cortial, Klein et Langue, médecins-majors de deuxième classe; Fleury, pharmacien principal de première classe; Balland et Moullade, pharmaciens-majors de première classe; Diacre, aide médecin auxiliaire de la marine; Fabrier, médecin-major de deuxième classe (territorial); Cornevin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon; Besnard, vétérinaire en premier; Bénard, Beau, Montagnac et Payan, vétérinaires militaires; Vattier, médecin en chef de l'hospice civil de Vernon Redard, médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Est; Weber, vétérinaire à Paris; Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne; Tourangin et Barlemont, médecins à Paris; Girard, médecin de la maison centrale de Riom; Laffitte, directeur de l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées; Boudet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Baptiste Fourrier, de Serrouville (Meurthe-et-Moselle).

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 janvier 1886, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. — *Ordre du jour :* I. Suite de la communication de M. Brouardel, sur l'empoisonnement par la colchicine. — II. Communication de M. Butte, sur les empoisonnements par les drastiques. — III. Analyse par M. Bouchereau, d'une brochure de M. Closmadeuc, sur le procès des sorciers de Lorient. — IV. Rapport de M. Brouardel, sur un cas de responsabilité médicale. — V. Rapport de M. Descoust, sur un cas d'asphyxie par strangulation. — VI. Rapport verbal par M. Masbrenier.

Projets de loi sur l'exercice de la médecine. — M. Chevandier a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, le rapport sommaire de la première Commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine, dont l'honorable député et plusieurs de ses collègues avaient déjà pris l'initiative dans la précédente législature. Un autre projet, plus restreint, a été déposé par quelques députés : il s'agit d'octroyer aux officiers de santé le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. On sait que le projet de M. Chevandier demande la suppression de l'officiat.

En présence de ces projets divergents, M. le ministre du commerce a chargé le Comité consultatif d'hygiène d'élaborer à son tour un projet sur l'exercice de la médecine. Une Commission d'étude a été nommée et sera bientôt en mesure de faire son rapport. Si nos informations sont exactes, ce rapport, et le projet qui en est le complément, étendraient le droit d'exercice pour les officiers de santé à la circonscription de la Faculté ou de l'Ecole où ils auraient subi leurs examens probatoires. Nous aurons à revenir sur cette question.

(*Gazette médicale.*)

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. Henri Huchard : Un nouveau médicament cardiaque : l'adonis vernalis et l'adonidine. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — III. Courrier.

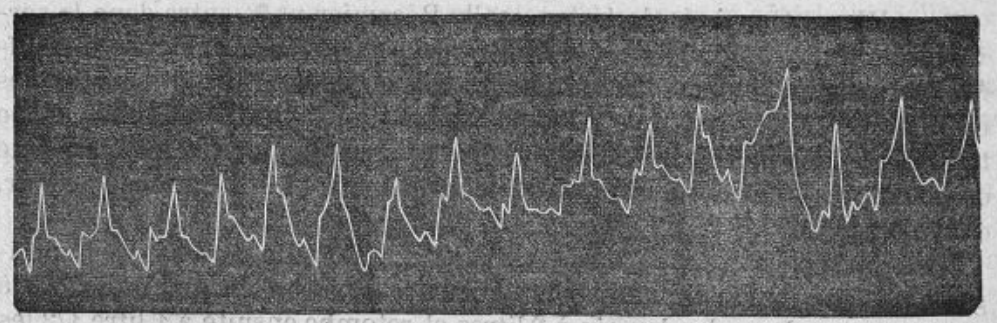
Un nouveau médicament cardiaque : l'adonis vernalis et l'adonidine (1)

Par M. Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

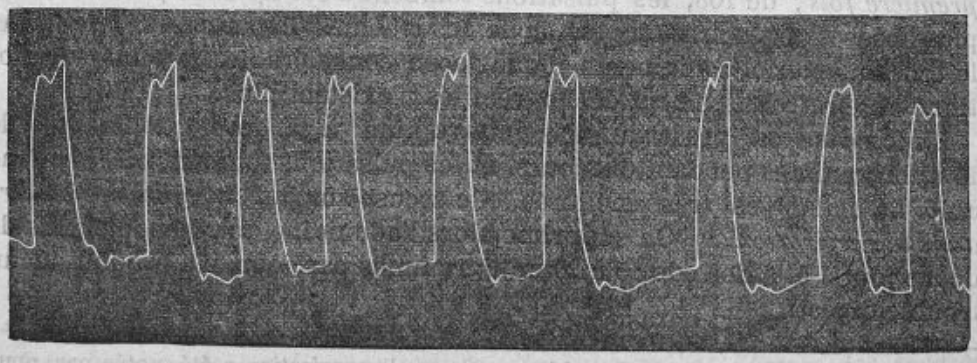
Obs. II. — Malade de 50 ans, couché au n° 12 de la salle Andral, atteint d'artério-sclérose avec insuffisance mitrale. (OEdème des membres inférieurs, congestion œdémateuse des deux bases pulmonaires; Hyposystolie.)

La diète lactée, le convallaria, la macération de digitale n'améliorent pas son état et la quantité des urines oscille par jour de 500 gr. à 1,000 gr. Sous l'influence de l'adonidine prescrite à la dose de 2 centigr., par jour, la quantité des urines s'élève jusqu'à 4 litres, les œdèmes disparaissent au bout de cinq jours, les pulsations radiales de 80 descendent à 48 par minute. On supprime l'adonidine le 13 décembre, et le lendemain le chiffre des pulsations monte à 68, puis les jours suivants à 90. La quantité des urines descend rapidement de 2 litres à 900 grammes. Le 10 décembre, j'ordonne 15 milligrammes d'adonidine en trois fois, et la quantité des urines s'élève progressivement à 1,800, 2,200 et 2,500 grammes après trois jours d'administration du médicament. Le pouls tombe de 90 à 70. En même temps les tracés du cœur et du pouls subissent les modifications importantes bien indiquées par les tracés suivants :

Artério-sclérose avec insuffisance mitrale. — Tracé du cœur *avant* l'adonidine.



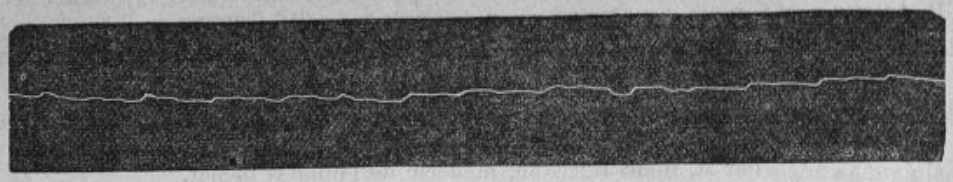
(Même malade). — Tracé du cœur un jour *après* l'administration de l'adonidine.



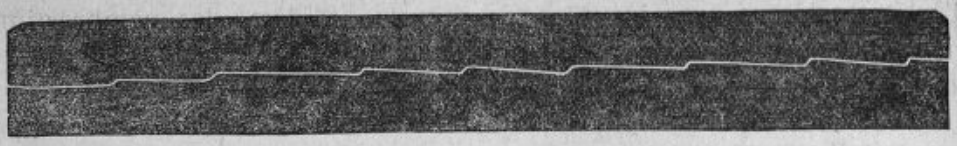
(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 7 janvier 1886.

©BIU Santé

(Même malade). — Tracé du pouls *avant* l'adonidine.



(Même malade). — Tracé du pouls un jour *après* l'administration de l'adonidine.



Obs. III. — M. D..., âgée de 58 ans, couchée salle Récamier n° 5. Affection mitrale sans souffle ; pouls variant entre 90 et 100.

Sous l'influence de l'adonidine à la dose de 4 à 6 pilules de 5 milligrammes par jour, la quantité des urines qui était de 1 litre s'élève après deux jours de traitement à 2 litres 1/2 ; le pouls extrêmement irrégulier au début, descend de 100 à 58 pulsations, il est plus fort et plus régulier. Mais, fait important, et qui ne peut s'expliquer que par une augmentation de force des battements cardiaques, on *constate pour la première fois un bruit de souffle systolique à la pointe* qu'on avait vainement cherché auparavant. Cette malade, qui avait été soumise également au traitement par le sulfate de spartéine, n'avait pas vu son état s'améliorer. Sous l'influence de l'adonidine, les tracés cardiographiques et sphygmographiques ont gagné en amplitude, et la tension artérielle s'est rapidement relevée.

Obs. IV. — C..., âgée de 44 ans, salle Récamier n° 7, entre dans le service avec les symptômes suivants : Rétrécissement mitral, signes d'insuffisance tricuspidienne, état cyanotique très accusé et refroidissement des extrémités ; pouls absolument insensible et impossible à compter. Dyspnée très intense (congestion œdémateuse des deux bases pulmonaires) ; œdème des membres inférieurs, diminution considérable de la diurèse (300 gr. d'urine (par jour).

Sous l'influence de l'adonidine prescrite à la dose de 3 pilules de 5 milligrammes par jour, la quantité des urines s'élève le lendemain de 300 à 800 grammes, le surlendemain à 2 litres et retombe ensuite à 1 litre 1/2 les jours suivants ; le *pouls radial devient sensible et peut se compter pour la première fois ;* de 108, les pulsations tombent à 56. Le choc précordial est plus accusé, la respiration plus facile, les œdèmes disparaissent en partie, la tension artérielle augmente d'une façon considérable, la teinte cyanotique et le refroidissement des extrémités n'existent plus.

L'adonidine est prescrite sans interruption à la dose quotidienne de 15 milligrammes pendant dix jours, et les pulsations tombent à 50 et même à 46. La malade est très améliorée, elle accuse surtout *un grand bien-être dans la respiration* (1). On supprime alors l'adonidine qui, pendant plus de douze jours, à la dose de 15 à 20 milligrammes par jour, n'a produit aucun trouble digestif.

(1) Cette influence favorable du médicament sur la respiration a été notée par nous dans presque toutes nos observations.

Obs. V. — G..., âgé de 49 ans, salle Andral n° 27, est atteint d'artério-sclérose avec néphrite interstitielle et légère ectasie aortique et insuffisance mitrale secondaire. A son entrée, on constate un œdème assez accusé des membres inférieurs, une légère quantité d'albumine dans les urines, les signes d'une congestion œdémateuse des deux bases pulmonaires, etc. Le choc précordial est faible, il existe un léger souffle d'insuffisance *fonctionnelle* de la mitrale, le premier bruit aortique est sourd, le second bruit est retentissant, métallique, clangoreux. Le malade reste toujours demi-assis sur son lit, en proie à une dyspnée assez accusée qu'augmentent le moindre effort et le moindre mouvement.

Avant l'administration de l'adonidine, la quantité des urines oscille entre 900 et 1,000 grammes par jour, et les pulsations radiales un peu inégales sont au nombre de 120 à 124. Quatre pilules d'adonidine à 5 milligrammes provoquent le second jour quelques nausées et vomissements qui en font cesser l'emploi, quoique la quantité des urines soit montée à 1,500 grammes et que le pouls soit descendu à 88. Pendant les six jours de cette suspension médicamenteuse, les urines descendent à 600 grammes par jour.

C'est alors que j'ordonne 3 pilules de 5 milligrammes. Dès le lendemain, la diurèse s'élève brusquement de 1,000 grammes à 3,400 grammes et le pouls se maintient à 96. Les jours suivants, l'œdème péri-malléolaire diminue, le choc précordial est beaucoup plus fort, *le souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle disparaît*, la tension artérielle mesurée exactement augmente d'une façon notable, et le malade respirant mieux peut se coucher étendu dans son lit sans éprouver l'oppression des jours précédents.

J'ai prescrit encore la teinture d'adonis et l'adonidine à d'autres malades atteints d'affections cardiaques diverses, et je suis arrivé à des résultats un peu différents, suivant l'état de la tension artérielle. Je tiens à faire remarquer, à ce sujet, que celle-ci est *constamment* augmentée à la suite de l'administration du nouveau médicament; aussi, dans toutes les affections caractérisées par l'élévation de la pression vasculaire, dans les affections aortiques, l'artério-sclérose, la première période de la néphrite interstitielle et des cardiopathies artérielles, etc., l'adonis vernalis et l'adonidine me semblent absolument contre-indiqués, parce que ce médicament augmente considérablement la pression vasculaire et paraît agir surtout sur la contractilité des vaisseaux.

A ce dernier point de vue, on me permettra d'entrer dans certaines considérations au sujet du *traitement vasculaire* de quelques accidents cardiaques, qui jusqu'ici n'ont pas été interprétés à leur juste valeur.

Si dans la période ultime des affections du cœur, si dans l'asystolie qu'on a si judicieusement désignée du nom d'*asthénie cardio-vasculaire*, l'asthénie vasculaire est consécutive à l'asthénie cardiaque, si elle la suit dans sa marche et dans ses progrès, il existe en clinique des cas assez nombreux où les vaisseaux agissent pour leur propre compte, où les troubles des circulations locales deviennent prépondérants et sont dans une certaine mesure indépendants des désordres du centre circulatoire, où la contractilité artérielle profondément atteinte devient une des causes principales d'accidents redoutables. Alors, *les médicaments franchement et exclusivement cardiaques ont fait leur temps, et l'heure des médicaments vasculaires est venue*. D'un autre côté, dans un grand nombre de

maladies infectieuses, les troubles de l'innervation vaso-motrice sont les premier en date, et les accidents cardiaques ne sont que secondaires. Dans tous ces cas, ce n'est donc pas au cœur que la thérapeutique doit s'adresser, mais aux vaisseaux; ce n'est pas aux médicaments cardiaques qu'il faut avoir recours, mais aux médicaments vasculaires (1). Mon savant ami, le professeur Semmola (de Naples), a voulu, sans doute, faire allusion à ce genre d'accidents, lorsqu'il a décrit dans les termes suivants, « l'*ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire.* »

« Dans toute l'histoire clinique de ces maladies, dit-il, on peut établir les effets de l'innervation cardiaque et les *symptômes de paralysie vaso-motrice périphérique.* En effet, ce qui caractérise cette ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire, est l'apparition de tachesm arbrées et violacées sur les mains, sur l'avant-bras, à une époque des troubles cardiaques dans laquelle n'existent pas encore les stases veineuses, dues à l'insuffisance valvulaire non compensée. En même temps, se produit une congestion passive des poumons, et cela, je le répète, à une époque dans laquelle l'on ne rencontre pas encore de stases veineuses dans le foie ou ailleurs. Cela provient de ce que ces congestions pulmonaires sont d'une origine névro-paralytique, c'est-à-dire qu'elles sont produites par le trouble central du pneumogastrique et des centres bulbaires vaso-moteurs..... Comme traitement de ces troubles fonctionnels, les sels de quinine et la digitale représentent des remèdes d'un effet surprenant... Mais, une chose digne de remarque, c'est que, dans ces cas, tandis que, d'un côté, l'effet utile de la digitale est vraiment étonnant par sa rapidité, d'un autre côté les symptômes d'intolérance surviennent bien plus tôt, et à des doses bien plus faibles, que lorsqu'on emploie la digitale pour éloigner la dyssystolie dans les insuffisances par maladie valvulaire et avec intégrité des centres nerveux (2). »

Or, dans la fièvre typhoïde, il existe deux formes d'accidents cardiaques absolument différents au point de vue de leur nature, et surtout de l'intervention thérapeutique qu'ils indiquent: dans l'une, il s'agit d'endartérite des vaisseaux coronaires, et surtout de myocardite dont la fréquence dans les maladies infectieuses a été bien mise en lumière depuis que la myocardite varioleuse a été démontrée par notre travail fait, en 1870, en collaboration avec notre excellent maître M. Desnos; dans l'autre, bien étudiée par Bernheim sous le nom de *forme cardiaque de la fièvre typhoïde* (3), et dont j'ai, pour ma part, observé plusieurs exemples fort intéressants, les accidents cardiaques paraissent secondaires aux troubles profonds survenus dans l'innervation vaso-motrice. Après les recherches un peu contradictoires de Zadek, d'Arnheim et de Wetzel sur l'état de la pression sanguine dans la dothiénentérie, mon éminent maître, M. le professeur Potain a démontré que cette maladie est surtout caractérisée par un abaissement plus ou moins considérable de la pression artérielle. Ses observations lui ont prouvé que si, à l'état normal, la pression moyenne paraît être de 18 cen-

(1) Il est juste de faire remarquer que la plupart des médicaments cardiaques sont également vasculaires comme la digitale, la caféine, etc. Mais, il y a aussi des médicaments qui agissent plus spécialement sur les vaisseaux comme l'ergot de seigle, la belladone, les nitrites, etc.

(2) Semmola : Extrait des *Transactions of the international medical Congress* (London, août 1881).

(3) Bernheim : *Assoc. pour l'avancement des sciences* (*Congrès de La Rochelle*, 1882.)

timètres de mercure, et si elle atteint 17 centimètres dans les maladies inflammatoires, elle peut descendre dans les formes adynamiques de la fièvre typhoïde jusqu'à 13, 7 et même 6 centimètres (1). C'est pour cette raison, c'est parce que la tunique contractile des artères est pour ainsi dire atteinte de parésie, qu'on observe si souvent, le dicrotisme, l'état dépressible et ondulant du pouls; c'est encore parce que la tension vasculaire est à son minimum, que, d'après M. Marey, le cœur rencontrant moins d'obstables vasculaires, bat avec une plus grande fréquence, et que la *tachycardie par parésie vasculaire* est ainsi constituée; c'est peut-être aussi pour la même cause qu'il existe, dans tous ces cas, un désaccord (que nous avons signalé pour la première fois avec M. Desnos) entre la force apparente des contractions cardiaques et la faiblesse des pulsations artérielles. Or, c'est en nous appuyant sur ces données, c'est dans le but de combattre tous les accidents imputables à la diminution considérable de la tension sanguine dans la fièvre typhoïde, que j'ai administré les préparations d'adonis vernalis dans cette maladie, et après les résultats très encourageants que j'en ai obtenus dans les fièvres adynamiques, je ne doute pas que le nouveau médicament trouve sa place marquée dans les formes cardio-vasculaires de la dothiénentérie.

Il n'est donc pas indifférent de combattre, dans la dothiénenthérie, la diminution extrême de la contractilité et de la pression artérielles qui peut conduire à des accidents redoutables du côté du cœur, même en l'absence de lésion du myocarde. C'est ainsi que tout dernièrement M. Demange (2) a saisi admirablement cetie indication, et qu'il a sauvé son malade d'un danger de mort presque certaine en s'adressant à un médicament préconisé par Duboué (de Pau), à l'ergot de seigle qui, en relevant rapidement la tension artérielle, a conjuré tous les accidents cardiaques. Chez une jeune malade, atteinte de fièvre typhoïde adynamique fort grave, le pouls était devenu petit, dépressible, inégal, irrégulier, fréquent à 140 et 150; on observait en même temps de l'hypostase pulmonaire, de la cyanose et du refroidissement des extrémités; les pommettes étaient froides, violacées; la respirafion prenait le type de Cheynes-Stokes ; les lipothymies et les syncopes fréquentes, avec la violence des accidents nerveux, avec le délire, les secousses musculaires et les contractures, menaçaient à chaque instant d'enlever la malade. Plusieurs injections d'ergotine eurent raison de tous ces désordres et surtout des accidents cardiaques. L'ergot de seigle, en excitant la tonicité vasculaire, en élevant la pression artérielle, en agissant aussi sur les artérioles du bulbe et de la moelle, a exercé ainsi une heureuse influence sur les phénomènes bulbo-médullaires, et je ne saurais, pour ma part, trop souscrire à la conclusion suivante de M. Demange : Dans la fièvre typhoïde, « on a trop laissé de côté les troubles de la circulation périphérique; on n'a vu que le cœur, on a négligé les vaisseaux. » Cette conclusion si pratique, il faut l'appliquer et l'étendre à un grand nombre d'accidents survenant dans les affections cardiaques.

Or, l'adonis qui paraît porter surtout son action sur le système artériel et augmenter si sûrement et si rapidement la pression vasculaire, doit

(1) Cité par Homolle : *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, article FIÈVRE TYPHOÏDE, tome XXXVI, p. 614, 1884.

(2) Demange : *Considérations sur la forme cardiaque de la fièvre typhoïde et son traitement par les injections d'ergotine* (*Revue de méd.*, p. 1025, 1885.)

trouver son indication dans les cas de fièvres typhoïdes ou même de cardiopathies où la débilité cardiaque a sa source principale dans les troubles d'innervation vaso-motrice et dans la diminution considérable de la pression sanguine.

En résumé, l'adonis vernalis et surtout son glucoside, l'adonidine, exerce sur le cœur et surtout sur les vaisseaux une action mise en évidence par mes observations déjà nombreuses. M. Durand (1), auteur d'une thèse intéressante faite sous l'inspiration de M. Desplats, de Lille, arrive à des conclusions à peu près semblables. Cet auteur cite le cas d'un malade qui a pu prendre impunément 16 centigrammes d'adonidine dans une journée. Il est juste de reconnaître que cette dose avait été donnée par erreur, mais pour ma part, je n'oserais jamais dépasser 2 à 3 centigrammes. Cette dernière dose est encore trop élevée puisqu'elle a toujours déterminé chez mes malades, des nausées, des vomissements, quelques douleurs épigastriques et de la diarrhée, accidents également constatés par le docteur Leublinski, de Berlin. Je conseille donc de ne jamais dépasser de 2 à 3 centigrammes d'adonidine par jour, et en cela, je partage l'avis de MM. Durand, Desplats et Espina (2); la dose de 3 centigrammes est même trop élevée puisqu'elle a donné lieu le plus souvent, chez mes malades, à des troubles gastriques et intestinaux (vomissements, douleurs épigastriques et diarrhée). L'action du médicament est rapide et, dès le premier jour, on peut déjà constater ses effets sur la tension artérielle, sur le cœur et sur la diurèse; mais rapide aussi doit être son élimination, puisque tous ses effets disparaissent en quelques jours après la suspension du médicament. Il en résulte que, contrairement aux préceptes qui doivent toujours guider le médecin dans l'administration de la digitale, on doit maintenir assez longtemps le malade sous l'action de l'adonidine.

Tels sont les faits importants que j'ai cru devoir faire connaître et qui appellent certainement de nouvelles recherches. D'après les auteurs allemands, Altmann, Leyden, Lenhartz, Michaelis (3) qui ont également expérimenté ce nouveau médicament, il n'y a pas à craindre pour lui les effets accumulatifs de la digitale; d'après eux encore, l'adonidine peut et doit être regardée comme « rivale de la digitale ». Cet enthousiasme est certainement exagéré: la digitale reste et restera longtemps encore le premier des médicaments cardiaques, et l'une de nos plus grandes ressources thérapeutiques dans les affections du cœur. Cependant, il est certains cas où elle a épuisé son action, où elle détermine même des accidents. C'est alors seulement que l'on doit recourir à ses succédanés, à la caféine à haute dose qui a rendu déjà de si grands services affirmés par les observations

(1) A. Durand : *Etude sur l'action comparée des médicaments cardiaques (digitale, caféine convallaria, adonidine)* (Thèse de Paris, 1885.)

(2) Espina (*Riv. de med. y cir. pract.*, Madrid, 1884). — Aux auteurs déjà cités qui ont expérimenté l'adonis vernalis, il faut joindre le docteur Berkart (de Londres) qui, dans 5 cas d'insuffisance mitrale, a vu cette plante administrée à la dose de 30 grammes ne infusion, « amener la cessation de la douleur et de la dyspnée, le retour du sommeil et de l'appétit, et cela sans exercer aucune influence sur la force, la fréquence ou le rhythme du pouls. (*Soc. médico-pratique de Paris*, 21 juillet 1880.)

(3) Discussion sur les médicaments cardiaques (*Soc. de méd. intern. de Berlin*, juin 1884.)

©BIU Santé

de M. Lépine (de Lyon) et par les miennes ; et je ne doute pas que l'adonis vernalis et son glucoside, par leur action si rapide sur la tension artérielle et sur la contractilité vasculaire, ne soient appelés à jouer un rôle sérieux dans la thérapeutique des affections du cœur.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Rapport sur quatre observations de laparotomie. — Rapport sur le concours du prix Duval. — Communication : Observation d'hystérectomie vaginale pour un épithelioma du col de l'utérus, suivie de guérison ; discussion.

M. Berger fait un rapport sur quatre observations de laparotomie adressées par M. le docteur Jeannel. Dans la première observation il s'agit d'un kyste de l'ovaire que la ponction n'avait pu réduire ; il fallut enlever la presque totalité de la masse kystique. A la suite de l'opération survinrent des phénomènes d'obstruction intestinale accompagnés de vomissements fécaloïdes qui persistèrent pendant cinq ou six jours et se terminèrent heureusement par la guérison.

Y a-t-il eu étranglement ou obstruction intestinale, péritonite ou péritonisme ? Les avis sont partagés à cet égard.

La deuxième observation est relative à un myome développé dans le ligament large ; l'extirpation nécessita de longues et pénibles manœuvres de décollement ; elle fut suivie de guérison.

Dans la troisième observation il s'agit d'un cancer de l'intestin grêle pris pour un kyste de l'ovaire. La ponction n'ayant donné issue qu'à quelques gouttes de sang, l'incision abdominale fut agrandie et permit de reconnaître l'erreur de diagnostic. Le chirurgien n'en crut pas moins devoir faire l'ablation de la tumeur et un anus contre-nature. La malade succomba peu de temps après.

Enfin la quatrième observation est relative à une ascite chyleuse produite par des tumeurs développées dans les ganglions mésentériques ; une laparotomie exploratrice destinée à éclairer le chirurgien sur la nature de ces tumeurs fut suivie de mort.

M. Tarillon a observé une ascite chyleuse dans laquelle le liquide extrait du ventre ressemblait à du lait jaunâtre exhalant une forte odeur de fromage. Il y avait derrière cette ascite des tumeurs végétantes ; les végétations devenues graisseuses s'étaient en quelque sorte délayées dans le liquide de l'ascite, ce qui lui avait donné l'aspect lactescent.

M. Verneuil pense qu'il s'agit là de faits comparables à ceux déjà observés d'hydrocèles chyleuses ; or l'origine parasitaire de cette affection est aujourd'hui démontrée par l'observation microscopique. Il y aurait donc utilité à joindre toujours à l'examen chimique de ces liquides, l'examen histologique.

M. Bouilly a pratiqué une double ovariotomie chez une femme atteinte de tumeur kystique des deux ovaires ; la malade guérit, mais, quelques années après, elle succomba à des accidents d'étranglement interne dus sans doute à des adhérences développées autour des pédicules.

M. Terrier pense que dans la première observation de M. Jeannel, il s'est agi purement et simplement d'accidents classiques de péritonite, non d'étranglement ou d'obstruction intestinale.

M. Duplay dit qu'il faut distinguer, parmi les faits d'étranglement à la suite de l'ovariotomie : 1° l'étranglement primitif ayant pour cause la péritonite ou le péritonisme, et qui n'est pas de l'étranglement proprement dit ; 2° l'étranglement secondaire qui survient plus ou moins longtemps après l'opération, et qui a pour cause quelque bride

formée au voisinage du pédicule. M. Duplay a eu l'occasion d'observer plusieurs exemples de ces deux variétés d'étranglement.

M. Berger estime que le mot péritonisme est une expression vague à laquelle il est difficile d'attacher un sens précis; M. Jeannel parle, dans son observation, de vomissements fécaloïdes ayant duré sept ou huit jours; on ne peut guère expliquer ce phénomène que par un étranglement dû à quelque bride de formation récente et susceptible de se résorber au bout de quelques jours avec la disparition de la péritonite.

M. Duplay rappelle qu'il a, le premier, publié un travail contenant quinze observations de pseudo-étranglement avec vomissements fécaloïdes; depuis, les exemples s'en sont beaucoup multipliés et le fait est aujourd'hui acquis à la science.

— Les conclusions du rapport de M. Berger : remerciements à M. Jeannel, dépôt de ses observations aux archives, inscription du nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Pozzi donne lecture du rapport sur le concours du prix Duval. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

M. Terrier communique une nouvelle observation d'hystérectomie vaginale suivie de guérison.

La malade, âgée de 35 ans, était entrée, le 23 octobre 1885, à l'hôpital Bichat, pour un épithélioma limité au col utérin. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres, et l'on ne sentait, à la palpation combinée avec le toucher, aucun engorgement ganglionnaire sur les côtés de l'utérus ni dans la fosse iliaque. Au spéculum, on voyait un col végétant, volumineux et saignant au moindre contact.

M. Terrier pratiqua l'extirpation par la voie vaginale le 16 novembre, avec l'assistance de M. Richelot et l'aide de MM. Lepage et Poupinel, internes du service. La malade avait été préparée à l'opération par de grands bains, le repos au lit, et des injections (deux par jour) de solution de sublimé au 1/2 millième. En outre, un linge imbibé de solution phéniquée faible était placé sur la vulve.

La malade étant endormie au chloroforme, on fait d'abord un lavage complet du vagin avec la solution de bichlorure au millième et on dilate la vulve, qui était très étroite. Deux pinces de Museux sont placées sur le col pour abaisser l'utérus à l'aide de tractions. Incision courbe des insertions vaginales à la partie supérieure du col; ouverture du cul-de-sac péritonéal et du cul-de-sac vésico-utérin à l'aide de ciseaux mousses; agrandissement de la section du péritoine latéralement à l'aide des doigts et par la déchirure d'un certain nombre de brides celluleuses intra-péritonéales; réduction d'une hernie de l'épiploon, qui est maintenue à l'aide d'une éponge montée sur une pince à pression. Deux pinces à pression sont placées sur des artérioles vaginales qui donnent beaucoup de sang; pour faciliter la dissection du cul-de-sac antérieur, M. Terrier avait passé une anse de fil dans la paroi vésico-vaginale, qu'un aide pouvait de la sorte attirer en haut et en avant.

Le col utérin, toujours bien saisi par des pinces, est alors attiré en haut et en avant pour rendre possible l'incision des attaches postérieures du vagin au col de l'utérus; il fallut, en outre, à cause du volume de la lèvre postérieure du col, saisir celle ci avec une érigne double et l'attirer vigoureusement en avant et en haut. Commencée avec le bistouri, l'incision postérieure est continuée avec les ciseaux mousses; enfin, les tissus sont déchirés avec les doigts; le cul-de-sac péritonéal postérieur, recto-utérin, est ouvert avec des ciseaux mousses, sans le voir et par tâtonnement. Pour terminer, on sectionne les deux ligaments larges; on commence par le ligament latéral gauche. Trois fils de soie sont passés dans ce ligament à l'aide d'une aiguille courbe et mousse, munie d'un chas près de son extrémité. Les trois anses placées sont entrecroisées en chaîne de façon à les rendre dépendantes les unes des autres; on les lie alors successivement, puis le ligament est sectionné en rasant l'utérus, à cause de la faible distance qui existe entre les points où l'on a pu passer les anses de fil et le bord utérin. Pour arrêter le sang qui s'écoule, on place à demeure une grosse éponge montée sur une pince à pression. Le ligament latéral droit est lié à son tour et sectionné de la même manière. Enfin l'utérus, complètement libre, est enlevé.

©BIU Santé

Du côté droit, l'hémostase est complète, mais, du côté gauche, le fil de la première ligature supérieure du ligament a cédé et le sang s'écoule par trois ou quatre artérioles. Avec peine, on y place trois pinces hémostatiques et l'on essaie de les lier; mais les vaisseaux sont trop profonds et cette ligature, tentée plusieurs fois, échoue toujours. En fin de compte, deux pinces à pression sont placées sur ces vaisseaux, et comme l'hémostase est alors parfaite, on les laisse en place.

Ainsi, dans ce cas, l'hémorrhagie n'a pu être arrêtée qu'en expérimentant par nécessité le conseil donné par M. Richelot de remplacer la ligature des vaisseaux par la forcipressure. Cette expérience a parfaitement réussi. Les deux pinces restèrent vingt-quatre heures dans le péritoine et furent facilement enlevées au bout de ce temps; grâce à elles, l'hémostase fut complète. On ne saurait, dit M. Terrier, trop insister sur ce résultat, qui pourrait singulièrement simplifier la pratique de l'hystérectomie vaginale, et l'on peut conclure, dès à présent, que la forcipressure peut, dans une certaine limite, remplacer les ligatures des vaisseaux utérins sectionnés.

L'opération fut terminée par un point de suture placé dans le vagin et le fermant en partie. Un drain volumineux fut fixé dans le cul-de-sac postérieur et le vagin fut rempli de tampons d'ouate iodoformée; on plaça de l'ouate phéniquée sur la vulve garnie elle-même d'ouate iodoformée; le tout fut maintenu par un bandage en T. L'opération, rendue fort pénible par la petitesse de la vulve et les accidents hémorrhagiques, avait duré deux heures un quart.

Les suites de l'opération, sauf quelques accidents sans gravité, furent favorables. Le 18 décembre, un mois après l'opération, la malade partait en convalescence au Vésinet.

En terminant son intéressante communication, M. Terrier donne des nouvelles de la première opérée du 5 juin 1885. Il a revu cette malade dans le courant de décembre dernier; son état général était excellent et son embonpoint avait pris des proportions presque excessives. Comme elle se plaignait de perdre un peu en blanc, M. Terrier l'examina au spéculum et trouva, au fond du vagin, une petite ouverture de laquelle sortaient deux anses de fil disposées en chaîne, anses qu'il put enlever avec une pince. Le toucher vaginal ne lui fit rencontrer aucune induration périphérique suspecte.

En somme, deux anses de fil placées sur un des ligaments larges ont été éliminées tardivement par suppuration, et six mois après l'opération, il n'y avait pas trace de récidive.

M. Tillaux n'a pas été anssi heureux que son collègue M. Terrier, dans l'opération d'hystérectomie qu'il a pratiquée dernièrement dans des conditions qui permettaient d'espérer une guérison durable. L'épithéliome était limité au col, le corps était sain ainsi que les culs-de-sac vaginaux.

Cependant, l'opérée à peine sortie de l'hôpital, voyait reparaître ses écoulements et, au bout de six semaines, on pouvait constater une récidive locale. Elle n'a cessé de souffrir depuis cette époque, et, rentrée dans le service de M. Tillaux, elle y a succombé dans un état de cachexie épouvantable.

M. Tillaux avoue que ce triste résultat ne l'a pas peu refroidi à l'endroit de l'hystérectomie; depuis lors, il n'a plus osé pratiquer cette opération qui lui a donné un échec dans un cas où les conditions les plus favorables semblaient être réunies. Il attend d'autres faits plus encourageants et il se demande si l'on n'aurait pas plus d'avantage à faire la section cunéiforme susvaginale du col de l'utérus. Il a pratiqué trois fois cette opération, et il a eu tout lieu d'en être satisfait. Jusqu'à nouvel ordre, il s'en tiendra à cette dernière opération de préférence à l'hystérectomie.

M. Richelot croit devoir appeler l'attention de ses collègues sur les bons résultats obtenus par M. Terrier, dans son opération, par l'application des pinces à forcipressure, qui mieux que les ligatures, ont réussi à arrêter l'hémorrhagie après la section des ligaments larges. L'expérience à la quelle M. Terrier était amené par nécessité a, en somme, fort bien tourné; en vingt quatre heures l'hémostase était assurée et l'on pouvait retirer les pinces à forcipressure facilement et sans inconvénient. Il semble à M. Richelot qu'avec le procédé qu'il a recommandé théoriquement, l'opération eût été singulièrement abrégée si, d'emblée et de parti pris, on eût remplacé la ligature des

ligaments larges par l'application à demeure des pinces à forcipressure sur ces mêmes ligaments.

M. Verneuil partage l'opinion de M. Tillaux au sujet de la préférence à donner aux amputations partielles du col sur l'hystérectomie dans les cas où l'épithélioma utérin est limité au col. Dans une série de 19 opérations partielles qu'il a pratiquées, M. Verneuil a obtenu une moyenne de survie de vingt deux à vingt trois mois.

Chez une dame atteinte d'épithélioma utérin et qui avait été cautérisée trois ou quatre fois au fer rouge par M. Depaul sans résultat, M. Verneuil, après trois ou quatre essais du même genre et tout aussi inutiles, voyant que les végétations repullulaient toujours, se décida à pratiquer l'opération suivante. Ayant attiré l'utérus en bas, vers la vulve, il fit une section triangulaire de la lèvre antérieure du col qui lui permit d'apercevoir très distinctement, sur la face interne de la lèvre postérieure, la base d'implantation du néoplasme. Avec la cuillère tranchante il ràcla toute cette surface d'implantation sur laquelle il passa ensuite le thermocautère. Il y a cinq ans maintenant que cette opération a été pràtiqué, et l'opérée continue de se bien porter. Elle a donc obtenu déjà une survie de soixante mois. Certainement ont eu été, en pareil cas, tenté de pratiquer l'hystérectomie, et M. Verneuil demande si cette opération eût pu donner des résultats comparables à ceux que la malade a obtenus de l'amputation partielle sans courir le moindre danger.

M. Desprès considère l'hystérectomie comme une opération prodigieusement dangereuse et dont les résultats seraient autrement appréciés qu'ils ne le sont généralement si tous les chirurgiens avaient, à l'exemple de M. Tillaux, la loyauté de faire connaître les cas de mort survenus à la suite de cette opération.

Quant aux amputations partielles du col, elles donnent des résultats variables suivant les cas ; il y a des épithéliomas à marche lente et d'autres à marche rapide, comme pour les épithéliomas de la face. Lorsque sur les lèvres du col on constate la présence de végétations épithéliomateuses sans irradiations sur le col dont le tissu autour d'elles est entièrement sain, on est autorisé à les enlever ; on donne ainsi du répit à la malade par une opération palliative qui ne peut compromettre la santé générale. Au contraire, dans les cancers ordinaires, toute amputation, même partielle, est une mauvaise opération qui hâte la terminaison fatale.

M. Duplay pense que, le temps le plus difficile de l'opération de l'hystérectomie étant la ligature et la section des ligaments larges, il y aurait lieu de recourir au procédé employé par le docteur Schrœder (de Berlin). Ce procédé consiste, une fois le col dégagé de ses attaches, l'utérus n'étant plus retenu que par les ligaments larges, à saisir ceux-ci à l'aide de l'aiguille courbe de Deschamps, pour les attirer en bas, à accrocher ensuite avec le doigt le fond de l'utérus, de manière à le faire basculer de haut en bas et d'avant en arrière. Les ligaments se présentent alors tout tordus à la vulve et il devient facile de les lier et de les sectionner.

M. Pozzi pense que la plupart des hémorrhagies consécutives à l'opération de l'hystérectomie vaginale, sont dues à ce que la ligature des ligaments larges est faite trop près du bord de l utérus. Il importe donc, dans cette opération, de s'éloigner au moins d'un bon centimètre de ce bord pour éviter les tiraillements et l'entraînement des fils. A cet égard le procédé de Schrœder, dont vient de parler M. Duplay, peut rendre de grands services.

M. Terrier ne saurait partager l'opinion exprimée par quelques-uns de ses collègues relativement à la préférence à donner aux opérations partielles sur l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. Il est étrange de voir les mêmes chirurgiens qui, dans l'ablation du cancer du sein, professent qu'on ne saurait jamais enlever trop de tissus, se ranger dans l'opération du cancer de l'utérus, du côté des partisans de l'ablation incomplète contre ceux de l'extirpation totale. Ces chirurgiens lui semblent pècher absolument contre la logique. Quelques-uns attendent, disent-ils, pour pratiquer l'hystérectomie, qu'un nombre suffisant de faits leur ait permis de juger cette opération, sans réfléchir que si l'on ne pratique pas cette opération, il n'y aura pas de faits pour la juger.

©BIU Santé

En France, sur une série de 10 opérations d'hystérectomie, on compte jusqu'à présent 6 guérisons et 4 morts. Le manuel opératoire est susceptible de perfectionnements qui pourront encore augmenter la proportion des succès et diminuer celle des revers. Déjà M. Richelot a proposé de remplacer la ligature des ligaments larges par la forcipressure, conseil excellent dont la mise en pratique peut, en facilitant et abrégeant beaucoup l'opération, diminuer encore le nombre des accidents par hémorrhagie.

Quant au procédé de Schrœder, dont il vient d'être question, il n'est applicable qu'à un certain nombre de cas, et, d'ailleurs, les indications varient suivant qu'il s'agit de filles vierges ou de femmes ayant eu beaucoup d'enfants. L'abaissement, le renversement de l'utérus, l'application des ligatures sur les ligaments larges à distance des bords de l'utérus, etc., en sont plus ou moins facilitées. — A. T.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique :* MM. les docteurs Léon, médecin en chef de la marine; Radou, médecin-inspecteur des écoles du IIe arrondissement de Paris; Martel, président de la délégation cantonale à Belleville-du-Rhône; Porak, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis; Gordon, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Montpellier, section de médecine); Bonfils, au lycée Saint-Louis.

2° *Officiers d'académie :* MM. les docteurs Berthollet, médecin-inspecteur des écoles, à Grenoble; Boisson, conseiller général, membre du bureau d'administration du collège de Lure; Carrive, délégué cantonal à Sauveterre-de-Béarn; Durand, à Marseillan; Duval (Émile), à Paris; Empereur, à Bourg-Saint-Maurice; Fleury, pharmacien à Marans, délégué cantonal; Gaillard et Larat, à Paris; Leclère, à Toul, délégué cantonal; Legendre, délégué cantonal, à Montmorency; Ligier, à Belvoye; Martin, à Bordeaux; Mas, maire de Recoules-Prévinquières, délégué cantonal; Miquel, médecin-inspecteur des écoles du XIe arrondissement de Paris; Pommerol, conseiller général du Puy-de-Dôme, maire de Gerzat; Prévault, à Montrésor; Rodet, inspecteur des écoles de la ville de Paris; Sandras, conseiller général à Oran; Scheving, membre de la Société anatomique; Souplet, à Nogent-le-Rotrou; Souchu-Servinière, à Laval; Viau, professeur à l'École dentaire de Paris; Wiesner, vice-président du conseil d'administration de l'École dentaire de Paris; Barthélemy, médecin principal; Bonafy, médecin, professeur de la marine; Brard, adjoint au maire de La Rochelle; Cazenave de La Roche, à Pau; Deschamps, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; Colin, professeur à l'École d'Alfort; Letulle, médecin des hôpitaux de Paris; Dubois, à Villers-Bretonneux; Cuyer, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts, à Paris; Gibier, aide-naturaliste au Muséum; Verneuil, préparateur au Muséum; Le Cadre, médecin du lycée du Havre; Blanc, médecin des écoles normales de Gap; MM. les pharmaciens Bouvet, à Angers; Vaneste, à Dunkerque, et Dufourmantelle, à Amiens.

— Par décret, en date du 27 décembre 1885, M. Duclaux, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris (chaire nouvelle).

— Par arrêté ministériel, en date du 2 janvier 1886, la décoration du Mérite agricole a été conférée à :

MM. les docteurs en médecine, Delbosc, conseiller général du Tarn; Poupon, à Paris; MM. les vétérinaires Brousse, à Mur-de-Barres; Henriet, à Clermont-Ferrand; Korper, aide-vétérinaire militaire; Recordon, à Corbeil.

— M. le docteur Hirtz est nommé médecin suppléant du personnel enseignant des écoles maternelles et primaires communales du département de la Seine (1re circonscription), en remplacement de M. le docteur Henriet, décédé.

— M. les docteurs Charvet, médecin à Saint-Alban-sous-Sampzon; Prunac et Magne, médecins à Mèze, viennent de recevoir une médaille d'or de première classe, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de septembre 1885.

Faculté de médecine de Paris. — M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Le Dentu, agrégé.

M. Darier, docteur en médecine, répétiteur à l'École des Hautes-Études, est délégué dans les fonctions de chef de laboratoire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Balzer, appelé à d'autres fonctions.

— M. le professeur Vulpian, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de donner sa démission de médecin des hôpitaux de Paris. Il est remplacé provisoirement par M. le docteur Muselier, médecin du Bureau central.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Gascard (Louis-Albert), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Barotte, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Brunelière, préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie et de pharmacie à ladite Faculté, en remplacement de M. Denigès, appelé à d'autres fonctions.

M. Tourneau, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Brunelière, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Rémond (Antoine) est nommé prosecteur, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Berruyer, médecin de la police municipale à Nantes, vient de recevoir une médaille d'argent de première classe, pour s'être signalé en portant secours dans un violent incendie. Notre confrère était déjà titulaire d'une médaille d'honneur.

La Société locale de médecine d'Indre-et-Loire. — La Société locale de médecine d'Indre-et-Loire a décidé dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir une souscription en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau. Elle a pensé « que toutes les Sociétés savantes de France, que toutes les Facultés et Ecoles de mé- « decine, que toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association générale, que tous les « anciens élèves de ces illustres maîtres tiendraient à honneur de participer à ce juste « tribut offert à la mémoire de savants glorieux qui n'ont pas seulement honoré leur « pays natal, la Touraine, mais encore porté au loin le renom de la Médecine fran- « çaise. »

Un comité de souscription composé d'anciens élèves de Bretonneau, Velpeau et Trousseau a été constitué à Paris, pour faire œuvre de propagande. Ce comité est ainsi composé : MM. Peter, président; Blondeau, Bouchard, Damaschino, Desprès, Dieulafoy, secrétaire; Dumontpallier, Guyon, Ed. Labbé, E. Moynier, Martineau, Vidal.

Les souscripteurs sont priés d'envoyer leur cotisation à l'un des membres du Comité qui se chargera de la transmettre au Comité de Tours, représenté par M. le professeur L. Thomas, à Tours.

AGENDA-FORMULAIRE DES MÉDECINS PRATICIENS POUR 1886, fondé par le docteur Bossu, contenant : 1° Nouveau guide du médecin praticien, par le docteur V. Audhoui; 2° Pathologie infantile, par le docteur Descroizilles, etc. 36e année, 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 75. — Cart. à l'anglaise, 2 fr. — N° 1 : reliure mouton chagrin, fermant au crayon, 3 fr. — N° 2 : reliure mouton, en portefeuille, avec patte, 3 fr. 50. — N° 3 : reliure mouton, en portefeuille, trimestres séparés, 5 fr. — N° 4 : reliure mouton, en portefeuille, cahier recouvert en soie, trimestres séparés, 7 fr. — N° 5 : reliure mouton, portefeuille avec trois poches en peau, dont une ferme à patte, trousse, 8 fr. — N° 6 : le même fermant à tourniquet, en maillechort, 9 fr. Chez A. Delahaye et Lecrosnier, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-H. Petit : La chirurgie du poumon. — II. Ch. Eloy : Les grandes réformes de l'hygiène publique au Brésil et l'œuvre sanitaire de M. de Mamoré. — III. Nécrologie : A. Dechambre. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

La chirurgie du poumon.

Jusqu'à l'époque toute contemporaine de la chirurgie antiseptique, les opérations sur le poumon, comme sur bien d'autres organes, n'ont été que des raretés chirurgicales, et l'apanage de quelques chirurgiens plus hardis ou plus aventureux que les autres.

La chirurgie antiseptique, en permettant d'éviter les grandes complications inflammatoires des plaies, a engagé les opérateurs dans des voies nouvelles, vers les organes profonds. Après l'ovaire, le foie, le rein, la rate, voici le poumon qui, considéré jusqu'alors avec une sorte de respect par le bistouri, est, comme le cerveau, à la veille d'entrer dans le ressort de la pratique journalière.

Le bilan des opérations pratiquées jusqu'ici sur le poumon pour affections non traumatiques, vient d'être dressé par M. le docteur Truc, dans une excellente monographie présentée comme thèse à la Faculté de médecine de Lyon (1). L'auteur y étudie successivement l'ouverture des cavités pathologiques, la résection de portions des organes respiratoires, les injections intra-parenchymateuses. C'est l'ordre que nous suivrons dans notre exposé de ces questions, en nous inspirant de ce travail.

I. — Incision du poumon, ou pneumotomie.

Abcès pleuro-pulmonaires. — Depuis Hippocrate jusque vers 1855, divers auteurs, en France et à l'étranger, ont recommandé et pratiqué l'incision des abcès et des cavernes pulmonaires, et ont donné les indications plus ou moins vagues de cette opération ; mais celle-ci, malgré quelques succès, n'obtint jamais une grande vogue, à cause des insuccès beaucoup plus nombreux qui survenaient à la suite, insuccès dus en grande partie à ce que le chirurgien n'intervenait que dans des cas désespérés. A partir de 1855, la pneumotomie semble définitivent abandonnée.

Depuis 1873, grâce à la méthode antiseptique, elle rentre dans la chirurgie générale et participe à ses progrès. Le professeur Mosler (de Greifswald), tente le premier de désinfecter les cavernes pulmonaires chez les tuberculeux, et dans plusieurs mémoires, de 1873 à 1883, discute les indications et contre-indications opératoires, le procédé, etc. W. Koch (de Dorpat), E. Bull (de Christiania), Triel (de Copenhague), ont fait faire ensuite de grands pas à la question. A ces noms, il faut joindre ceux de Radek, Billington, Sedgewick, Albert (de Vienne), Lauenstein, Goodlee, etc., qui ont publié un certain nombre d'observations sur ce sujet (2). Mais il convient d'établir une grande distinction entre les abcès et les cavernes.

M. Truc a recueilli ainsi 19 cas de traitement des abcès pleuro-pulmonaires par l'incision, le drainage et les injections antiseptiques (sauf dans

(1) *Essai sur la chirurgie du poumon, pneumectomie, pneumotomie, injections intra-pulmonaires,* par M. le docteur H. Truc. — Paris, F. Alcan, 1885.

(2) Nous renvoyons, pour les indications bibliographiques, au travail de M. Truc.

un cas de Pouteau, terminé d'ailleurs par la guérison). Ils se répartissent ainsi :

Amélioration	1 fois.
En voie de guérison	3 —
Guérison	6 —
Mort	8 —

Ces résultats sont fort encourageants. Mais il faut remarquer que la guérison est survenue principalement dans les cas aigus, lorsque l'intervention a eu lieu de bonne heure, et la mort dans les conditions opposées. Donc, dès que le diagnostic de la collection purulente sera fait, et que des symptômes généraux graves indiqueront que l'intervention est nécessaire, il faudra, en s'aidant ou non d'une ponction exploratrice, inciser, drainer largement et déterger la cavité suppurée.

L'intervention doit être plus hâtive encore lorsque l'abcès siège au sommet du poumon que lorsqu'il siège à la base, parce qu'alors le pus a une grande tendance à se faire jour par les voies bronchiques, ce qu'il faut prévenir.

Lorsqu'il y a plusieurs collections, l'intervention est souvent inutile ou dangereuse, mais il ne saurait y avoir de règle absolue à cet égard.

Lorsque la collection est située près d'organes importants, le cœur ou les gros vaisseaux, l'opération devient très délicate, mais elle peut être menée à bonne fin, comme dans un cas de Lauenstein, en incisant les tissus lentement, couche par couche, avec le thermo-cautère.

On s'est encore demandé ce qu'il convenait de faire lorsqu'il n'existe pas d'adhérences entre le poumon et la paroi thoracique. On craint beaucoup alors la pénétration du pus dans la plèvre, et M. Truc recommande soit la ponction avec aspiration, soit l'incision des tissus sains avec le thermo-cautère, en se servant de l'aiguille comme conducteur, en pratiquant immédiatement l'empyème si le pus tombait dans la plèvre. Il nous semble que la ponction avec un gros trocart, ou l'ouverture du foyer avec une flèche de Canquoin, comme M. Verneuil et M. Tillaux l'ont recommandé dernièrement à la Société de chirurgie pour le traitement des kystes du foie, conviendrait très bien ici, puisque ces moyens ont la propriété de provoquer la formation d'adhérences entre deux feuillets séreux.

Ce que nous venons de dire des abcès pulmonaires, peut d'ailleurs s'appliquer au traitement chirurgical des bronchiectasies.

Cavernes tuberculeuses. — Contre ces affections, le traitement ne saurait être que palliatif, et le résultat, s'il est heureux, que temporaire. En effet, « l'excavation pulmonaire, chez les phthisiques, ne constitue presque jamais une lésion isolée; elle est habituellement accompagnée d'infiltration granuleuse étendue, souvent bilatérale; l'organisme tout entier est infecté par les bacilles. »

Cependant, la pneumotomie peut être utile dans les cas où la caverne représente essentiellement la maladie tuberculeuse, lorsque, suivant l'expression de Bull, elle domine la scène pathologique. On se propose alors de remédier aux accidents causés par la présence des liquides puriformes sécrétés par la caverne : toux, vomissements, hémorrhagies; — par leur passage dans les bronches : irritation, ulcérations douloureuses, foyers tuberculeux secondaires; — par leur passage dans les voies digestives et par leur séjour même dans les cavernes : infection complémentaire, septicé-

mie, etc. En pareil cas, la pneumotomie « ouvre à ces produits infectieux une voie large et directe, capable de conjurer les accidents immédiats et de calmer les symptômes les plus pénibles ». On pourrait aussi espérer voir la caverne se cicatriser définitivement; mais cette terminaison est malheureusement très rare.

Dans 13 cas où cette opération a été pratiquée, la mortalité post-opératoire a été de 50 p. 100 environ, et la survie moyenne de 46 jours; l'amélioration la plus longue a duré 10 mois. C'est peu encourageant, conclut M. Truc avec raison.

Gangrène pulmonaire. — Le traitement chirurgical ne peut convenir évidemment qu'à la forme circonscrite, localisée de la gangrène, la forme diffuse étant fatalement mortelle, tandis que l'autre est susceptible de guérison.

La pneumotomie peut alors rendre de grands services, en permettant de déterger le foyer gangréneux, de le drainer, de le désinfecter, de le transformer en une cavité aseptique, sans danger pour l'économie; on prévient ainsi l'auto-infection putride, la production de foyers gangréneux secondaires, etc.

Mais pour légitimer cette opération, il faut la réunion de plusieurs conditions : 1° que le siège de la lésion soit favorable, exactement reconnu; 2° qu'il existe à son niveau des adhérences pleurales; 3° que la guérison spontanée paraisse impossible; 4° que l'état général soit grave et la résistance organique suffisante encore. Il faut enfin que l'eschare commence à se détacher ou soit complètement séparée des tissus sains. (Périodes de *sphacèle déliquescent* ou d'*excavation consécutive* de Laënnec.)

L'opération ainsi pratiquée facilitera l'issue des tissus mortifiés, des liquides putrides, le lavage de la cavité et sa cicatrisation, terminaison qui sera évidemment subordonnée à l'étendue du sphacèle, à l'élasticité et à la mobilité du poumon et de la paroi thoracique, à l'état général du sujet, etc.

Voici les résultats obtenus dans les 13 cas recueillis par M. Truc :

Amélioration	2 fois.
En voie de guérison	2 —
Guérison complète	3 —
Mort	6 —

« Il est probable, en outre, que plusieurs opérations malheureuses n'ont pas été publiées; mais l'utilité de l'intervention n'en est pas moins évidente dans un certain nombre de cas.

Quant à l'opération en elle-même, il faut « faire une ouverture large, suffisante pour déterger complètement la cavité gangréneuse, assurer l'écoulement ultérieur, et même pour modifier au thermo-cautère, s'il le faut, son contenu et ses parois ».

Dans la session récente de l'Association médicale britannique, la question du traitement de la gangrène pulmonaire par l'incision, le drainage et la désinfection des foyers fut discutée à propos d'une communication de M. Sidney Coupland sur cette affection, et plusieurs orateurs se sont prononcés en faveur de ce mode de traitement. (*Brit. med. Journ.*, sept. 1885, t. II, p. 427.)

Kystes hydatiques. — M. Truc ne connaît que 3 cas où cette affection,

d'ailleurs rare, ait été traitée par la pneumotomie. Deux fois, le diagnostic a été fait d'avance; mais, dans un cas, on ne put extraire tout le kyste (Mosler et Vogt); de nouveaux cysticerques, rendus par la voie bronchique, nécessitèrent une seconde intervention. Dans le troisième cas, le diagnostic ne fut pas fait, et la nature du mal ne fut reconnue que pendant l'opération. Les trois opérés guérirent.

Dans un travail plus récent, M. J. Davies Thomas a recueilli 32 cas de kystes hydatiques du thorax dans lesquels de grandes incisions ont été faites pour favoriser l'issue des hydatides mères et filles. 5 de ces cas sont tirés de sa pratique personnelle, à l'hôpital Adélaïde (Australie du Sud). Parmi ces 32 opérations, 25 ont été exécutées en Australie, 3 en Angleterre, 2 en France, 1 en Allemagne et 1 en Amérique. Dans 4 cas, les hydatides paraissaient pleurales, et pulmonaires dans 19 cas; dans les autres, on ne sait si elles étaient pulmonaires ou pleurales. Il y eut 27 guérisons et 5 morts, résultats qui changent un peu la petite statistique de M. Truc, laquelle donnait 100 pour 100 de guérisons, tandis que celle de M. Thomas accuse une mortalité de 19 pour 100, soit 81 pour 100 de succès. (*Brit. med. Journ.*, 10 oct. 1885, t. II, p. 692.)

Malgré ces heureux résultats, la pneumotomie est cependant considérée encore comme l'*ultima ratio* du traitement de cette affection. On pourra y avoir recours lorsque la ponction simple, ou aidée de l'électrolyse ou des injections iodées, restera inefficace, ou lorsque les hémoptysies, les douleurs, les phénomènes inflammatoires provoqués par la tumeur kystique s'aggravant, altéreront l'état général et compromettront l'existence du malade, ou encore en cas de kystes volumineux ou multiples.

L'opération pourra être faite avec le thermo-cautère ou l'instrument tranchant; on pourra, pour se donner du jour, pratiquer la résection costale, comme dans le cas de Mosler; faire, s'il existe plusieurs poches, plusieurs incisions simultanées ou successives; enfin, détruire toute la paroi kystique et drainer antiseptiquement.

Citons enfin, à titre de document à consulter, une intéressante observation de corps étranger (dent) ayant pénétré dans les voies aériennes, où elle détermina une excavation pulmonaire qui nécessita la pneumotomie par suite de phénomènes graves (suppuration; septicémie, hecticité), mais sans résultat, car le corps étranger ne put être saisi. Néanmoins, il y eut une amélioration dans l'état du malade.

(*A suivre.*) L.-H. PETIT.

Les grandes réformes de l'hygiène publique au Brésil et l'œuvre sanitaire de M. de Mamoré.

Les hygiénistes brésiliens sont gens fortunés. Ils possèdent l'oreille des hommes politiques et obtiennent du gouvernement libéral de l'empereur don Pedro, la satisfaction de leurs vœux pour l'amélioration des institutions d'hygiène de leur pays.

En ce moment surtout, un vent favorable souffle sur le grand empire de l'Amérique méridionale, dont l'administration intérieure obéit à l'impulsion féconde d'un esprit plein d'initiative. Avec une infatigable activité, M. le baron de Mamoré, ministre de l'empire, résout hardiment les difficultés les plus diverses et, en homme d'Etat bien avisé, fait entrer les réformes sanitaires dans une période de sérieuse exécution.

Par les améliorations acquises ou préparées, l'année 1886 datera dans les annales de ce beau pays. Elles sont surtout dirigées contre la fièvre jaune, cet ennemi venu du dehors et tout disposé, depuis quelques années, à prendre domicile sur le littoral de l'empire.

Pendant que les observateurs brésiliens essayent, avec M. Domingo Freire, de jeter les bases de la thérapeutique et de la prophylaxie bactéridiennes du *vomito*, ou avec M. Vierra de Mello, d'établir la nature paludique de cette affection, des hygiénistes, leurs compatriotes, se sont placés à un point de vue différent et plus immédiatement pratique.

Ils entendent et ils espèrent, d'une part, stériliser le sol favorable au microbe xanthogène, par l'assainissement des villes maritimes, et d'autre part, en prévenir l'importation par une sévère surveillance quarantenaire. Cette stratégie sanitaire a été adoptée par M. de Mamoré et par ses savants collaborateurs, médecins et ingénieurs. Un règlement, actuellement en élaboration, pourvoit aux besoins sanitaires des villes du Brésil. D'après nos informations, la promulgation en serait prochaine. C'est là une bonne nouvelle, qui n'intéresse pas seulement les habitants de l'Amérique méridionale; mais bien aussi les nations européennes dont les navires ont des relations si fréquentes avec cette contrée. Cette règlementation fixera la jurisprudence sanitaire brésilienne, déterminera le rôle des fonctionnaires locaux et des autorités centrales ; en un mot, pourvoiera à l'organisation du service de la santé publique, c'est-à-dire d'une administration dont il a été pour un moment question dans notre pays.

De grands progrès ont déjà été obtenus dans l'hygiène de Rio-de-Janeiro. Les améliorations sont donc dans la période de pleine exécution. M. Jovo Pires Varinka a étudié le régime des égouts de cette ville et déterminé les conditions pratiques de l'amélioration de sa canalisation souterraine; cette œuvre était difficile à cause du mode de construction des habitations et de la nature du sous-sol.

D'autres hygiénistes ont déterminé les conditions de la voirie de cette ville, ou formulé les perfectionnements du régime des industries insalubres. D'autres, apôtres zélés de la crémation, essayent de gagner l'opinion publique à leur cause et, en préparant cette conquête, entendent appliquer la crémation à la destruction des détritus organiques.

Au Brésil, plus qu'ailleurs, la question des cimetières a une importance capitale. Le climat et souvent la nature du sol font obstacle à leur assainissement. De plus, cette question emprunte, en ce moment, une partie de son actualité à l'opinion des savants qui attribuent à la terre des sépultures la conservation des germes du vomito. La lixiviation du sol par les pluies aurait pour effet la véhiculation des microbes et l'infection des eaux alimentaires. Théorie séduisante, qui rappelle l'histoire de la bactéridie charbonneuse et fait honneur à l'imagination scientifique des savants brésiliens.

Une récente manifestation de l'opinion publique et de la sagesse administrative est la création du lazaret à l'Ile-Grande. M. de Mamoré aura été l'initiateur de cette œuvre à laquelle M. de Nano de Andrado, inspecteur de la santé à Porto, a surtout collaboré.

Par le rapport que M. Antonio de Pauli adressait, il y a quelques mois, au ministre, M. Philippi Franco de Sas, on pouvait préjuger l'étendue de ce projet. Sa réalisation va permettre d'en constater l'excellence.

En effet, cet établissement sera l'un des plus considérables et des mieux aménagés parmi les lazarets des deux continents. Toutes les exigences de l'hygiène moderne y trouveront satisfaction; de sorte qu'il laissera derrière lui les établissements renommés d'Ancône et de Lisbonne.

L'Ile-Grande a été choisie pour sa construction, après l'exploration attentive du littoral, par une commission composée de MM. de Andrado, H.-Y. Alvarez de Fonseca et le chef intérimaire de la 3e direction du secrétariat de l'empire. Les commissaires fixèrent leur choix sur l'Ile-Grande, située à 60 milles de Rio, et que l'un d'eux a surnommé, à cause de la facilité de ses atterrissages, *la Ilha dos Bellos-Enseados*.

Un canal large de 1 mille 1/2, avec des fonds de 52 mètres, la sépare du littoral continental, dans un point assez voisin du tracé du chemin de fer Don-Pedro II. Il l'isole, par conséquent, des provinces brésiliennes.

Son relief accidenté, ses pics élevés dont l'un, le pic de Papoyao, atteint 980 mètres, abritent l'anse d'Abrahao contre les vents de mer et ont fait adopter cette localité

comme terrain quarantenaire. De nombreuses sources d'eaux vives en arrosent le sol et permettent de satisfaire largement aux divers besoins hygiéniques de l'établissement.

Par sa division en bâtiments étagés et distincts les uns des autres, ce dernier formera des sections isolées pour les équipages des navires mis en quarantaine. Des jardins bien plantés en sépareront les pavillons de façon à favoriser le renouvellement de l'air et l'isolement.

A ces avantages topographiques, ce lazaret ajoutera ceux d'une installation perfectionnée des égouts, latrines, lavabos, bains; en un mot, de tous les services d'hygiène dans la construction desquels on a emprunté à l'Europe les appareils les plus récents et les plus parfaits.

La construction de cet établissement est donc un événement, dans cette guerre au vomito que M. de Mamoré conduit si énergiquement, avec les conseils éclairés de nos confrères brésiliens. De telles tentatives honorent le pays qui les entreprend et profitent à l'humanité tout entière. On ne saurait trop les connaître et en faire l'éloge.

Ch. Éloy.

NÉCROLOGIE

A. Dechambre.

Atteint d'une hémorrhagie cérébrale le 20 décembre dernier, M. Dechambre a succombé, le 3 janvier, aux suites de cette affection. Sa mort laisse dans le corps médical, et surtout dans la presse, un vide difficile à combler, et a provoqué de profonds et unanimes regrets auxquels nous nous associons de tout cœur.

Né à Sens (Yonne), le 12 janvier 1812, fils d'un médecin mort en 1814, du typhus, victime de son dévouement, M. Amédée Dechambre n'a pas failli à une si belle origine, car on peut dire que toute sa vie, comme praticien ou comme écrivain, il n'a suivi d'autre loi que celle du devoir professionnel. Aussi ses obsèques avaient-elles attiré autour de sa tombe les plus éminents de nos confrères, et ses mérites ont-ils reçu les éloges dont ils étaient dignes dans les discours prononcés par M. Béclard, au nom de l'Académie de médecine; M. Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux de Paris; M. Lereboullet, au nom du Comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire;* M. Deligand, au nom des anciens élèves du Lycée de Sens, et M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique, dont il avait été membre fondateur, et le premier secrétaire général.

Une certaine difficulté d'élocution, un talent remarquable d'écrivain, furent les deux conditions qui paraissent avoir décidé de la voie adoptée par M. Dechambre dans la carrière médicale. Pourtant ses débuts avaient été brillants. Arrivé à Paris en 1829, à 17 ans, pour étudier la medecine, il était nommé interne en 1833, le neuvième sur la liste, immédiatement après Béhier et M. Henri Roger; mais *ex æquo* avec les huit premiers, paraît-il. Malgré ce premier succès il s'en tint là, et peut-être, comme son ami Littré, eut-il alors l'intention de renoncer au côté pratique de la profession et de s'adonner exclusivement à sa partie littéraire, car nous le voyons rester six années, son internat fini, avant de passer sa thèse (1844.) Une épreuve pour le bureau central, où furent remarquées ses qualités d'exposition comme écrivain, mais non comme orateur, ne fut pas de nature à le réconcilier avec les concours. Dès 1838, il était entré à la *Gazette médicale*, où il demeura jusqu'en 1853, et dans laquelle il publia de nombreux articles, surtout des feuilletons ou lettres médicales sur les questions du temps, et en particulier la déontologie. Cette forme d'article lui plaisait beaucoup, et dans ces dernières années il l'avait remise en vogue à la *Gazette hebdomadaire.*

Ce journal fut, on peut le dire, son œuvre de prédilection, c'est là que s'affirmait le mieux sa personnalité. Ce fut son œuvre principale jusqu'au jour où le *Dictionnaire encyclopédique* vint partager avec lui les ressources prodigieuses de son activité. Praticien habile et éclairé, servi par une intelligence remarquable, un sens critique parfait,

une instruction profonde, une droiture de caractère qui lui permettait d'approcher d'aussi près que possible de l'impartialité, un style toujours correct, sinon toujours élégant, une grande puissance de travail — aidé par de jeunes collaborateurs pleins de zèle et d'ardeur qu'il sut grouper autour de lui et renouveler quand d'autres occupations les lui arrachaient, il fit de son journal un des meilleurs de la presse médicale. On relit encore avec grand intérêt ces pages signées Béclard, Broca, Verneuil, Follin, Charcot, Vulpian, Le Fort, Axenfeld, Jaccoud, etc., et je dirai même avec grand profit, car ce sont des modèles d'analyse et de critique. Prêchant d'exemple, car il gardait pour lui une bonne partie de la besogne, M. Dechambre veillait d'ailleurs avec soin à la rédaction de ces articles, et l'un de ses collaborateurs d'autrefois, resté l'un de ses meilleurs amis, m'a souvent rappelé, en me biffant sans pitié de belles phrases qui avaient le tort d'alourdir l'idée qu'elles voulaient exprimer, que son vieil ami lui avait rendu maintes fois, comme aux autres, le même service.

A ces qualités si éminentes, M. Dechambre en joignait encore d'autres, qui sont inséparables du journaliste tel qu'on doit le concevoir : l'honnêteté, la bienveillance envers ceux qu'il critiquait, et cette pointe de scepticisme qui l'empêchait d'accepter, avant un examen approfondi et sans preuves suffisamment convaincantes, tout ce qu'on lui présentait comme innovation ou progrès. Très au courant, depuis ses premières études à la Salpêtrière, pour lesquelles il conserva toujours une certaine prédilection, des faiblesses de l'esprit humain, il resta toujours incrédule aux triomphes du mesmérisme, malgré les transformations accomplies dans ses dénominations et sa manière d'être; il avait gardé bon souvenir de la simulation des uns et de la crédulité des autres, et, plus d'une fois, après avoir expérimenté par lui-même et sur lui-même, il fit toucher du doigt à ses contradicteurs les causes de leur erreur; c'est ce qu'il fit, en particulier, pour diverses manifestations du somnambulisme, de l'hystérie, de l'hypnotisme, pour les prétendues propriétés curatives des hypophosphites dans la phthisie; pour la chromidrose, l'absorption de l'iode contenu dans le coton iodé, etc.

Ajoutons à cela une grande indépendance de caractère. Directeur incontesté de la *Gazette hebdomadaire*, il voulut l'être également du *Dictionnaire encyclopédique*, et le nom de M. Raige-Delorme ne parut à côté du sien que dans les premiers fascicules. Le partage était à la vérité impossible, une pareille œuvre impliquant nécessairement l'unité de la direction. Cette indépendance était tout aussi nécessaire au journaliste, qui toujours voulut se réserver sa liberté d'action en face de toute question intéressant la médecine. C'est pour cette raison qu'il refusa dernièrement d'accepter la présidence de la Société de déontologie médicale, à laquelle il avait tant de titres.

On s'explique ainsi comment, sans être ni professeur, ni académicien, ni médecin des hôpitaux, M. Dechambre a exercé pendant vingt ans une influence si considérable sur le mouvement de l'esprit médical. Cette influence, la haute estime dans laquelle ses confrères les plus éminents tenaient sa personne et ses travaux, lui firent ouvrir des portes restées jusque-là fermées aux simples journalistes. La Société médicale des hôpitaux d'abord, l'Académie de médecine ensuite, tinrent à honneur de recevoir parmi leurs membres associés celui qui, dans son journal, avait pris une si grande part à toutes leurs discussions.

Qu'il nous soit permis de rappeler qu'après lui, l'Académie fit également à l'*Union médicale* l'honneur de nommer membre associé son rédacteur en chef, Amédée Latour, que nous avons eu le regret de perdre il y a quelques années. Latour et Dechambre avaient été longtemps des adversaires acharnés. La fondation de l'Association des médecins de France, à laquelle avait tant participé A. Latour, fut le sujet d'une longue polémique entre les *deux Amédée*, comme on disait alors, l'un défendant l'Association, l'autre, cette fois trop sceptique, ne pouvant croire à son utilité ni à son succès. L'avenir a donné tort au dernier; mais si la rivalité de ces deux écrivains avait été ardente dans les premières années, l'âge l'avait beaucoup apaisée, et un homme de la haute valeur morale de M. Dechambre ne pouvait garder rancune à un adversaire victorieux, mais loyal. Aussi, lorsque l'Académie le désigna pour prendre la parole en son nom aux obsèques de notre ancien rédacteur en chef, trouva-t-il des expressions qui honoraient autant l'orateur que le collègue auquel elles s'adressaient. Ai-je besoin d'ajouter que, dans la nou-

velle rédaction de notre journal, il ne comptait que des amis, à telles enseignes que presque tous ont collaboré au *Dictionnaire encyclopédique*.

Cette autre œuvre de notre regretté confrère contribuera plus que la *Gazette* à rendre sa mémoire impérissable. En effet, bien qu'il ait écrit par lui-même peu d'articles de longue haleine, il a été l'âme de cette publication, si justement nommée le *Dictionnaire de Dechambre*, depuis le jour où il en conçut l'idée jusqu'à sa dernière heure. Plan de l'ouvrage, choix des collaborateurs, distribution des articles, revision des manuscrits et des épreuves, correspondance des plus actives avec ses collaborateurs pour leur indiquer, leur imposer même des modifications, des corrections, ou stimuler les retardataires, tel est l'immense travail auquel il a suffi seul pendant vingt-trois ans. Déjà la fin de l'œuvre était proche; encore quelques volumes, dont les articles sont distribués, et cette immense encyclopédie, qui est un honneur pour notre pays, allait être terminée; déjà il voyait le jour où il pourrait se dire, avec une juste et légitime fierté : *Exegi monumentum ære perennius*, lorsque la mort est venue brusquement briser sa plume.

C'est dans cette publication qu'on trouve résumées les idées de philosophie médicale qui ont été le sujet de prédilection des études de M. Dechambre, aux articles : *Anatomie des Beaux-Arts*, *Déterminisme*, *Divination*, *Doctrine*, *Elément*, *Mesmérisme*, *Science*, *Sciences occultes*, *Sociétés savantes*, *Songe*, *Spécificité*, *etc.*

J'ai peu de chose maintenant à dire des autres travaux de M. Dechambre.

Sa thèse de doctorat, qu'il soutint à Strasbourg, est relative à deux sujets assez différents, l'*hypertrophie concentrique du cœur et la déviation de l'épine par rétraction musculaire*. Elle compte à peine une vingtaine de pages; mais son travail sur l'hypertrophie du cœur est cité avec éloges dans les *Leçons cliniques* du professeur Forget; la partie consacrée aux déviations de l'épine paraît être un résumé des opinions de M. Jules Guérin, sur ce sujet. Citons encore un travail, fait en collaboration avec Hourmann, sur les *maladies des vieillards*, et publié dans les *Archives de médecine* de 1835 et 1836; un autre sur les *caractères des figures d'Alexandre le Grand et de Zénon le stoïcien, éclairés par la médecine* (Paris, 1852); un autre, rédigé avec M. Charcot, sur *quelques marbres antiques concernant les études anatomiques*, et publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857; ses nombreux articles sur la déontologie médicale, résumés dans ce véritable code du médecin qu'il a inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique*, à l'article Déontologie; enfin, le *Dictionnaire usuel de médecine* qu'il a publié, il y a deux ans, en collaboration avec MM. Mathias Duval et Lereboullet.

M. Dechambre était officier de la Légion d'honneur et de l'instruction publique.

Tel est l'homme que la science médicale vient de perdre et auquel l'*Union médicale*, en rappelant les services qu'il a rendus à cette science, avait le devoir d'adresser un dernier hommage.

L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 12 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend des lettres de MM. Nocard, Trasbot et Mégnin, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

La famille du regretté M. Parrot fait don à l'Académie du buste de ce médecin, œuvre du sculpteur Paul Dubois.

M. le Président rend compte de la visite que, suivant l'usage, le bureau de l'Académie a faite au ministre de l'instruction publique.

Sur l'invitation de M. le président, M. Jules Béclard donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Dechambre. Cette lecture est accueillie par d'unanimes marques d'approbation.

M. Théophile Roussel présente, de la part de M. Galtier, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, un volume intitulé : *Manuel de l'inspection des animaux et des viandes de boucherie.*

M. Chatin présente, de la part de M. Husson, pharmacien à Toul, une *Note sur la crème.*

M. Maurice Perrin donne lecture d'un travail dans lequel il présente quelques remarques au sujet de la communication faite dans la dernière séance, par M. Panas, sur les progrès accomplis dans l'opération de l'extraction de la cataracte.

M. Perrin déclare que, dès l'année 1873, alors que M. Panas était encore partisan de l'opération de de Graefe, il avait déjà, pour sa part, renoncé au procédé allemand et pratiquait la kératotomie avec un petit lambeau supérieur dont le sommet est placé à un millimètre du bord supérieur de la cornée. Il considérait le procédé de de Graefe comme irrationnel et peu satisfaisant en pratique.

Le procédé de M. Perrin était un retour à la méthode française de Daviel légèrement modifiée. Mais il conservait l'iridectomie, bien que la brèche qui en résulte cessât d'être nécessaire pour l'expulsion de la cataracte. Seulement, il la faisait partielle, ne réséquant que la portion qui débordait le niveau de l'incision cornéenne.

L'excision de l'iris, justement abandonnée comme temps régulier de l'opération de la cataracte, paraît à M. Perrin devoir être conservée dans tous les cas où l'iris a été violenté, contus ou déplacé pendant l'opération.

La seconde remarque faite par M. Perrin, au sujet de la communication de M. Panas, est relative à l'antisepsie en chirurgie oculaire. M. Perrin n'est pas convaincu que la pratique du lavage intra-oculaire avec un liquide antiseptique immédiatement après la sortie de la cataracte, soit la cause de la disparition des accidents de suppuration de la cornée et de l'iris. Il préfère attribuer cette disparition à l'habileté bien connue de M. Panas, à la précaution qu'il prend de purifier ses instruments, ainsi que le cul-de-sac conjonctival avant l'opération, et surtout au bon état de santé de ses malades. Ce qui le lui fait croire, c'est que l'on arrive à d'aussi bons résultats sans lavage antiseptique intra-oculaire. En s'en rapportant à ses propres observations, M. Perrin trouve que ces accidents de suppuration sont extrêmement rares, et, quand ils se présentent, on en trouve presque toujours la cause dans l'état de santé du sujet, le diabète, par exemple.

Une dernière remarque faite par M. Perrin, est relative à l'observation de M. Panas, touchant les défectuosités de l'opération de la cataracte sur un point, à savoir : l'incision linéaire de la capsule. Cette incision expose à la rétention des débris du cristallin, et, par ce fait, à la formation de cataractes secondaires. Il faudrait que la cristalloïde fût en quelque sorte enlevée, réclinée en totalité, de façon à ouvrir largement le sac capsulaire. M. Perrin croit y être arrivé depuis longtemps en faisant usage du kystotome particulier, auquel il a donné le nom de griffe capsulaire, lorsqu'il l'a présenté à la Société de chirurgie, le 8 novembre 1871. Cet instrument est composé de trois petites pyramides triangulaires tranchantes sur les côtés, fixées par une tige flexible, et juxtaposées de telle façon que leur pénétration simultanée à travers la cristalloïde, produise une section égale à leurs bases réunies et parallèle à l'incision de la cornée. Il suffit de ramener l'instrument vers la plaie cornéenne, comme on le fait avec le kystotome ordinaire pour récliner en grande partie la cristalloïde.

M. Gautier lit un travail *sur les alcaloïdes dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux.*

Cette lecture interrompue par l'heure du Comité secret, sera reprise dans la prochaine séance.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se réunit en Comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Empis et de celui de M. Peter sur les candidats, au titre d'associé et de correspondant national.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Des injections de bichlorure d'hydrargyre dans les cavernes tuberculeuses des poumons.*

M. Vidal, président sortant, a transmis ses pouvoirs à son successeur, après avoir fait un exposé concis et substantiel des travaux accomplis par la Société et rappelé les noms des membres décédés pendant l'année 1885.

M. Guyot, le nouveau président, après avoir adressé à ses collègues les remerciements d'usage, a annoncé la mort de M. Dechambre et cédé la parole à M. Féréol, qui, comme vice-président, a prononcé aux obsèques une allocution au nom de la Société des hôpitaux. M. Dechambre était en effet membre de celle-ci, quoiqu'il n'eût jamais dirigé de service hospitalier. Il avait été admis à une époque déjà lointaine où la Société appelait à elle certains confrères capables de l'honorer par leurs travaux. M. Dechambre était d'ailleurs devenu membre honoraire depuis de nombreuses années.

Une commission de médecins et chirurgiens des hôpitaux ayant été nommée par le ministre, pour examiner, de concert avec la Faculté, le meilleur mode de répartition des élèves stagiaires dans les services, M. E. Besnier, un des membres de cette commission, désire connaître l'opinion de la majorité de ses collègues sur la question. Le conseil de famille en prendra l'initiative.

M. Gouguenheim lit une communication sur les injections de sublimé dans les cavernes pulmonaires. Il rappelle que depuis plusieurs années le procédé thérapeutique des injections intra-parenchymateuses antiseptiques dans le poumon a été expérimenté par divers médecins, notamment en Amérique, par Beverley Robinson, Smith, et, en France par M. Lépine (de Lyon), et un de ses élèves. Les Américains ont employé l'iodoforme dissous dans l'huile d'olive et l'éther ; le professeur de Lyon s'est servi du sublimé, mais à de très faibles doses.

M. Gouguenheim a commencé par expérimenter sur le cadavre le meilleur mode opératoire ; il s'est convaincu que par le premier et le deuxième espaces intercostaux en avant une aiguille de Pravaz pénètre aisément dans les cavernes ; qu'on peut y parvenir aussi sur la ligne axillaire et sous la pointe du scapulum. En avant, il convient de ne pas s'approcher trop du bord sternal pour éviter les vaisseaux et nerfs importants, ni de la partie externe du premier espace droit, pour éviter la sous-clavière, et enfin de ménager les veines sous-cutanées, dont la pipûre ne donne lieu d'ailleurs qu'à une ecchymose sans gravité.

Sur le malade, les injections doivent être faites avec lenteur pour éviter la toux et l'hémoptysie ; le liquide doit être à la température du corps. On peut continuer longtemps de suite les injections. M. Gouguenheim en a fait presque quotidiennement à certains malades pendant un mois, et l'autopsie n'a révélé, chez ceux qui ont succombé, malgré le traitement, à l'évolution naturelle de leur cachexie, aucune lésion imputable aux injections mêmes.

M. Gouguenheim a employé des solutions de bichlorure d'hydrargyre titrées de trois manières différentes à 1 pour 2,000, 1 pour 1,000, 1 pour 500. Le titre le plus fort a été employé pour les malades dont les lésions pulmonaires étaient les plus graves. C'est la solution moyenne à 1 pour 1,000 que M. Gouguenheim a le plus souvent utilisée ; il n'a jamais injecté plus d'une seringue de Pravaz à la fois, soit 1/2, 2 ou 3 milligrammes de sublimé par séance. M. Lépine employait des solutions à 1 pour 30,000 ou 1 pour 40,000. Les aiguilles de Pravaz sont assez rapidement mises hors de service par les injections au sublimé, après 15 à 20 injections en général.

La douleur est, d'ordinaire, presque nulle, ou à peine durable. La toux a été quelquefois très violente, l'hémoptysie exceptionnelle et transitoire.

M. Gouguenheim a constaté, en général, un amendement très net des signes d'auscultation, la diminution des gargouillements ou des craquements au niveau des points où l'injection était faite. L'expectoration a souvent diminué ; mais, dans les cas où elle est restée aussi abondante, il faut penser que l'injection faite dans une caverne ne peut

modifier l'état des sécrétions et de la suppuration que dans une bien faible partie de l'organe. L'autopsie a permis de vérifier la modification très favorable des lésions révélée par l'auscultation dans un cas où le malade a succombé inopinément par suite d'un épanchement pleural, dont l'existence n'avait pas été soupçonnée pendant la vie, l'attention étant concentrée sur l'auscultation du point où l'injection était faite.

L'état général des malades n'a guère été influencé notablement par les injections; quand les malades ont vu empirer leur situation, c'était par suite de complications étrangères au poumon, soit laryngées, soit intestinales.

M. Gouguenheim a fait les injections dans 33 cas. Chez 21 malades elles ont été franchement favorables; chez l'un d'eux, une hémoptysie intense est survenue, et il n'y a pas eu d'amélioration locale. Sur les 10 qui ont succombé, chez 7 les symptômes locaux n'avaient été modifiés en aucune façon; chez 3, ils s'étaient amendés, sans que l'état général cessât de s'aggraver.

Dans un cas de catarrhe chronique simple des bronches, pris d'abord pour une tuberculose, l'injection a été bien tolérée. Les pleurésies intercurrentes, dans lesquelles des injections ont été pratiquées, ont été heureusement influencées.

M. Gouguenheim considère, en résumé, les résultats qu'il a obtenus comme très encourageants; il se propose d'essayer d'autres médicaments et de faire des injections dans diverses parties du poumon. Il termine en rappelant qu'un professeur éminent de la Faculté s'est peut-être trop hâté de déclarer au Congrès de Copenhague que la découverte des microbes n'avait pas eu d'influence sur la thérapeutique de la phthisie.

M. Dieulafoy avait, en 1881, commencé à faire dans les cavernes des injections de glycérine phéniquée. Il avait, dès le principe, pensé qu'il faut distinguer les cavernes et l'infiltration tuberculeuse au point de vue du rôle que peuvent jouer les injections médicamenteuses; on pouvait se demander si, dans le parenchyme même, elles ne détermineraient pas des pneumonies toxiques. Il avait substitué à l'aiguille de Pravaz des aiguilles aussi fines, mais très longues. Il a opéré sur 5 ou 6 tuberculeux porteurs d'excavations, et leur a fait 15 à 18 injections.

Il employait la glycérine phéniquée à 1 p. 20, 1 p. 50, 1 p. 100, et colorait la solution avec de la cochenille qui permettait de trouver dans l'expectoration des malades la preuve de la pénétration du médicament. Il a toujours vu se produire immédiatement des quintes de toux très douloureuses avec rejet presque immédiat de crachats colorés par la cochenille. Il n'a constaté aucune amélioration ni locale ni générale.

M. Gouguenheim pense-t-il qu'on doit essayer les injections dans les parties où n'existe encore que l'infiltration tuberculeuse ?

Quant à l'assertion d'un professeur de la Faculté à laquelle M. Gouguenheim a fait allusion, elle doit être maintenue, d'une part, parce que des injections intra-pulmonaires modificatrices avaient été faites avant la découverte du microbe, et d'autre part parce que, si on peut espérer neutraliser en partie par ces injections les liquides septiques contenus dans les cavernes et diminuer ainsi l'hyperthermie par résorption putride, on ne peut agir sur la plus grande partie de l'organe qui est envahie par l'infiltration tuberculeuse.

M. Gouguenheim : Tous les malades auxquels j'ai fait des injections avaient des cavernes plus ou moins considérables, ainsi que le prouvaient les gargouillements, les craquements plus ou moins gros. J'ai été surpris de la rapidité avec laquelle ces signes se sont modifiés, même chez les malades dont l'état général ne s'est pas amendé. Les auteurs américains qui ont employé l'iodoforme ont constaté des résultats encore plus considérables. M. Lépine, qui a fait des injections intraparenchymateuses contre la pneumonie, opère très rapidement et dans plusieurs points pour éviter que le sang n'obstrue l'aiguille, mais la toux est moindre quand l'injection a été faite avec lenteur.

M. Dieulafoy demande si la marche de la température a été modifiée par les injections.

M. Gouguenheim regrette que l'absence de températures régulièrement prises constitue, dans ses observations, une lacune qu'il comblera dans les observations ultérieures; mais il peut assurer qu'il n'y a pas d'élévation thermique après les injections.

M. Legroux demande si la recherche des bacilles avait été faite dans les crachats des malades de M. Gouguenheim.

M. Gouguenheim : Cette recherche a été négligée, mais je puis certifier que mes malades étaient des tuberculeux indéniables, et dont le diagnostic n'aurait pas fait naître d'hésitation avant la découverte de Koch.

— Par suite de la retraite prématurée de M. Vulpian, des mutations ont lieu dans les hôpitaux. M. Mesnet passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Troisier, à Saint-Antoine ; M. Cuffer, à Tenon ; M. Moizard, à Bicêtre. — P. L. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 4 janvier 1886, M. Vigier, pharmacien à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Concours. — Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

1. MM. Guillemain, Boulloche, Aviragnet, Parmentier, Legros, Guyon, Rénon, Luzet, Mlle Klumpke, M. de Bayle, Daurios, Faure, Renault, Prost, Duchaine, Noguez, Mantel, Mathieu-Sicaud, Alcindor, Cocu, Arbel, Glover, Cherbulier, Wallich, Arron, Barrié, Lafourcade. Héan, Fournier, Buscarlet, Bonneau, Déhu, Bataille, Baillet, Hautecœur, Dusseaud, Gautier (Henri-Nicolas), Louis, Melchior-Robert, Michaut, Mlle Edwards, MM. Dautigny, Legry, Riocreux, Bouquet. Regnault, Lion, Mariage. Lacavalerie, Chantre,

51. Goupil, Hannion, Lorentz, Ribierre, Boucher, Niclot, Gommier, Dutremblay, Gilis, Gauthier (Jean-Arthur), Nivet, Lambert, Jaworowski, Bataille (Henri), Caussade, Conchon, Danjou, Luyt, Breton, Calbet, Duchaussoy, Durand, Guitton, Lacombe, de Pasquier, Sallé, Triboulet, Weinstein, Meusnier, Pineau, Puech, Rancurel, Robert, Calot, Bataillard, Mosny, Garnier, Ribet, Bardol, Martin (Paul-Aimé).

91. Malapert, Meugy, Turbure, Soutakis, Pécharman, Millet, Camescasse, Béchet, Appert, Lebon, Hauser, Demétriade, Raoult, Bréda, Baumgarten, Willemin, Morin, Pilliet, Roche, Lavocat, Cartier, Benoit, Turbian, Richerolle, Repin, Millard, Martin (Jean-Clément), Martin (Émile), Marage, Lucas, Lesur, Leblond, Iman, Hélary, Ehrhardt, Dariex, Chipault, Cornet, Jacquinot, Gavilan.

131. Charrier, Coffin, Vercoustre, Stcherbertchoff, Soupault, Soudrille, Sabourand, Rossignol, Renaud, Pouloux, Picot, Perinelle, Payrau, Merlin, Mercier, Lauth, Huguenin, Henry, Gaudard, Gasselin, Gache, Digoy, Chaisse, Christen, Chapdelaine, Cariaphillis, Carpentier, Meneault, Laskine, Basset, Dufour, Flaction, Guillot, d'Hotman de Villiers, Joliot, Lesieur, Loysel, Mandroux, Moity, Moussaud.

171. Mouton, Mugnerot, Poussard, Veillon, André, Archambault, Bourgogne, Chauveau, Delabrosse, Duclos, Courtois-Suffit, Sorel, Rosenthal, Giraud, Auscher, Albesco, Chamozzi, Baggio, Pannetier (Louis-Jean-Baptiste), Roques, Perruchet, Laporte, Dauvergne, Andrérey, Dentu, Cornet, Orrillard, Destrez, Clarot, Humblot, Mlle Kirszenstein, MM. d'Hôtel, Furet, Augay de la Dure, Amarescu, Bobinet, Cantin, Martin (Louis), Lévêque, Schmitt.

211. Poirier, Mory, Szczypiorski, Gaumé, Larroussinie, Godivier, Tev-Zakhariantz, Agut, Rendon, Vinaver, Tollemer, Ribel, Prévot, Paillotte, Lefèvre, Jamet, Couvreur, Falcoz, Bernard, Athanassio, Gresset, Fouriaux, Doret, Bloch, Ythier, Targowla, Pannetier, (Pierre-Marie), Barbarat, Gottschalk, Linon, Florant, Artus, Pernel, Moralès, Brauman, Parisot, Mosès, Jacob, Ménard, Dacquet.

251. Théremin, Planton, Oulié, Haralambie (Michel), Greiner, Gisclard, Breteau, Duma, Chesseret, Bourgarel, Leguy, Grunberg, Gazard, Haralambie (Demètre), Maerle, Kocher, Duprat, Mlle Levine, MM. Handjian, Garrigue, Trékaki, Pellissier, Narodetzki, Fontan, Dardel, Hue, Barthélémy, Frœhliger, Salmon, Petit (Henri-Charles), Cagny, Besins, Doger-Speville, Foureur, Larger, Petit (Jean-Baptiste), Boularan.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-H. Petit : La chirurgie du poumon. — II. Correspondance. — III. Thérapeutique : Principes de l'alimentation des enfants. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Comment il faut ranger sa bibliothèque.

La chirurgie du poumon (1).

II. — Résection du poumon. — Pneumectomie.

Cette opération, d'origine toute récente, est encore restée presque entièrement dans le domaine de l'expérimentation. En 1881, Gluck et Marcus pratiquèrent avec succès l'extirpation d'une portion plus ou moins grande de poumon chez les animaux; ils furent suivis dans cette voie par Block, Schmidt, Biondi, etc. Les succès de Biondi furent assez remarquables, si on en juge par le tableau suivant :

	Opérations.	Succès.
Extirpation du poumon droit.....	23	12
— — gauche.....	33	18
— des deux sommets.....	3	3
— du lobe moyen.....	1	1
— du lobe inférieur.....	1	1

Et encore les insuccès ne seraient-ils imputables qu'au défaut ou à l'insuffisance des précautions antiseptiques avant, pendant ou après l'opération.

Mais les résultats ont changé singulièrement lorsque la pneumectomie a été appliquée à l'homme malade.

Chez deux tuberculeux, la mort est survenue quelques heures après l'opération; dans deux autres cas au neuvième jour. Dans un cinquième, l'opération fut fatale au chirurgien et à l'opérée.

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

FEUILLETON

Comment il faut ranger sa bibliothèque (1).

A la rigueur, dans les petites bibliothèques, deux chiffres peuvent suffire, le premier indiquant l'armoire et le second le rayon. On trouve ensuite facilement l'ouvrage cherché, quand on connaît le rayon sur lequel il est placé.

Un même point de repère suffit pour un ouvrage comprenant plusieurs volumes, chaque volume portant sur lui-même le numéro supplémentaire destiné à le distinguer des autres.

Lorsque les rangées ne sont pas encore remplies, les derniers volumes ont une grande tendance à se renverser ou à se déformer. On prévient cet inconvénient en les maintenant avec un support, ou *appui-livres*, composé de deux plaques de tôle d'environ 15 cent. de long sur 10 de large, et soudées l'une à l'autre perpendiculairement; l'une est placée sous la tranche inférieure des deux ou trois derniers volumes; l'autre, découpée et décorée plus ou moins artistement, est appliquée contre le plat du dernier.

Il est encore un meuble très utile dans les bibliothèques particulières : c'est une sorte de casier d'un mètre environ de côté, tournant sur pivot, muni de rayons, et pouvant contenir, suivant sa hauteur, plusieurs centaines de volumes. Le travailleur peut y

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 janvier 1886.

« Au dire de Walton, Block aurait tenté la résection des deux sommets chez une dame de sa clientèle; l'opérée succomba presque aussitôt, et l'opérateur, accusé d'avoir agi sur des organes sains, se trouva sous le coup d'une enquête judiciaire et se suicida. »

Nous nous garderons bien de recommander, de défendre même la pneumectomie dans les cas de tuberculose, alors que la pneumotomie est déjà si grave; outre les contre-indications tirées de l'état général, les adhérences qui existent toujours en pareil cas suffisaient pour rendre l'opération trop laborieuse et trop incertaine pour êtreefficace.

Deux fois, une partie du poumon fut réséquée pour des tumeurs malignes de la paroi thoracique s'étendant jusque dans la poitrine; une des opérées, jeune fille de 18 ans, guérit complètement, mais on ne dit pas combien de temps la guérison persista; l'autre mourut vingt-quatre heures après l'opération.

M. Truc pense que, en dehors de tumeurs multiples ou volumineuses, la résection pulmonaire semble nettement indiquée; que le poumon peut supporter une action bien conduite et modérée; mais nous ne saurions nous associer à cette manière de voir. Le cancer du poumon est presque toujours secondaire, et on sait quelle est la gravité des opérations chez les cancéreux atteints de généralisation ou d'altérations viscérales. Il est probable que la résection du poumon ne sera pratiquée que dans des cas exceptionnels, où des tumeurs de la paroi thoracique auront envahi directement, et non par généralisation, le parenchyme pulmonaire. En outre, la cicatrisation d'une plaie avec perte de substance, siégeant sur un organe aussi mobile que le poumon, sera toujours difficile à obtenir sans inflammation, et il ne sera guère plus facile d'y obtenir une antisepsie complète.

En cas d'hémorrhagie traumatique du poumon, W. Koch, Hueter et P. Vogt pensent qu'il serait possible, après l'ouverture large de la poitrine, d'attirer le poumon blessé à l'extérieur et de lier les vaisseaux ouverts. Vogt estime même qu'on atteindrait le même but hémostatique par l'excision cunéiforme des tissus lésés et la réunion de la plaie au moyen de la

---

ranger et avoir ainsi à portée de la main, sans quitter son fauteuil, tous les ouvrages, anciens ou récents, dont il a fréquemment besoin.

Pour les bibliothèques publiques, il est préférable, une fois le classement général terminé, de tirer des rayons, et de ranger dans des armoires à portée de la main et situées près des garçons, les ouvrages les plus souvent demandés par les lecteurs. Ces ouvrages d'emploi fréquent existant, en général, en double, on peut laisser l'un des exemplaires à sa place et mettre l'autre dans les armoires destinées au public; dans le cas contraire, on les remplace par une planchette indiquant que l'ouvrage est déplacé. De cette façon, on ne change rien à l'ordre établi ni au catalogue.

Une des dificultés du rangement d'une bibliothèque un peu étendue est la classification des mélanges. Ces mélanges étant des collections de thèses ou de mémoires, chacun collectionne à son point de vue particulier : médecin, chirurgien, accoucheur, gynécologiste, oculiste, etc., réunissent les ouvrages ressortissant à leur profession; mais chacun les range à sa manière. En général, on réunit en un même volume tous les travaux relatifs au même sujet; mais, tandis que les uns donnent à leurs volumes de mélanges plusieurs dénominations différentes, suivant les sujets : *Mélanges Bouche; — M. Cœur; — M. Choléra; — M. Hernies; — M. Œil; — M. Cataracte*, etc., ce qui fait autant de collections que de sujets différents; les autres, trouvant ce système trop compliqué et voulant le simplifier, se contentent de les désigner soit par la langue dans laquelle les travaux sont écrits, soit par le format; d'autres par la couleur de la reliure : *Collection bleue, verte, noire, rouge*, T. I, II, III, etc.

suture. Nous citons ces hypothèses pour mémoire, bien que l'idée ait été mise une fois en pratique.

Dans un cas de plaie du poumon, par balle de revolver, avec hémorrhagie incercible, Omboni ouvrit le thorax, cerna avec l'écraseur et avec des fils, puis coupa avec des ciseaux la partie du poumon qui avait été déchirée et contusionnée par la balle, chercha le projectile sans le trouver, lava le thorax avec une solution de sulfo-phénate de zinc à 2 p. 100, draina et sutura la plaie. Malheureusement, les liquides de la plèvre s'écoulèrent dans le tissu cellulaire péri-thoracique, une immense collection se forma sous les muscles et le malade mourut de pyohémie au onzième jour. A l'autopsie, on trouva le poumon ratatiné, mais non enflammé au niveau de la plaie et une pleurite générale de ce côté. La balle fut encore introuvable. (*Ann. univ. di med.*, 1885, vol. 271, p. 32).

III. — Injections intra-pulmonaires.

De nombreuses tentatives faites sur les animaux par W. Koch, E. Frankel, Lépine et Truc, à l'aide de substances médicamenteuses plus ou moins irritantes, ont déterminé des lésions plus ou moins étendues suivant la degré de causticité de la substance ; au lieu même de l'injection, il se produit parfois une ecchymose, toujours une infiltration et une prolifération cellulaire légère ; la réaction est peu marquée et le processus inflammatoire, localisé, tend vers la résolution. Chez l'homme malade, on ne sait quelles ont été les lésions déterminées par ces injections, faites dans un but thérapeutique, car il n'y eut pas de mort immédiate, et dans les autopsies faites longtemps après, on n'en trouva plus trace. La plupart des auteurs n'ont d'ailleurs noté chez l'homme aucun accident grave, mais une amélioration fréquente, quoique peu durable, de la toux, de l'expectoration, de la douleur et de la dyspnée.

M. Lépine a obtenu des résultats à peu près analogue d'injections chez des tuberculeux, avec une solution de créosote de 2 à 4 pour 100 dans

---

Tous ces systèmes ont des avantages et des inconvénients. Le premier a l'avantage de permettre de considérer les volumes de mélanges comme des ouvrages sur un même sujet et de les ranger avec les autres ouvrages relatifs à ce sujet; mais il a l'inconvénient de forcer le collectionneur à attendre souvent très longtemps avant d'avoir réuni assez de petites brochures pour en faire un volume, et de les conserver dans des cartons *ad hoc*. Il est vrai qu'on peut considérer également ce carton comme un volume de mélanges et le placer à la suite de ceux qui sont déjà reliés; mais son format est forcément plus grand que les volumes reliés, et souvent on ne peut le placer près d'eux parce que l'intervalle laissé entre les rayons n'est pas assez grand.

Le système de rangement par format, par idiome, etc., permet de relier les brochures aussitôt qu'on en a assez pour en faire un volume, ce qui facilite beaucoup le bon ordre d'une bibliothèque; mais il a pour inconvénient de contenir des travaux traitant de sujets différents; et tandis que dans le système précédent on peut, avec un seul volume, consulter 20 ou 30 travaux sur le même sujet, il en faut parfois, dans le second, 8 ou 10, encombrer sa table par conséquent, pour avoir à sa disposition le même nombre de travaux.

Néanmoins, comme la première qualité d'une bibliothèque est d'être en bon ordre, je crois qu'il vaut mieux, tout en s'efforçant de réunir ensemble les travaux relatifs à la même question, adopter la mesure qui permet de relier le plus tôt possible les mélanges, et celle que je préférerais est la suivante : tous les travaux étant réunis suivant les sujets, diviser chaque groupe suivant le format in-4° et in-8°, et ne faire que deux

l'alcool à 90°. Il a fait 25 injections chez 15 malades. Voici comment on procède.

Au niveau du point malade, on enfonce à travers la paroi thoracique et le tissu pulmonaire l'aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy, montée sur une grosse seringue de Pravaz ; chemin faisant, on se rend très bien compte de la souplesse et de l'induration du parenchyme ; puis on injecte 1 cent. cube d'une solution de morphine à 1 pour 1,000, pour atténuer la douleur de la solution créosotée, qu'on injecte ensuite lentement, goutte à goutte.

La douleur a été vive 5 fois ; légère, 5 fois ; 2 fois elle a persisté plusieurs jours. La toux, nulle ou rare, s'observe ordinairement quand le liquide injecté pénètre dans les bronches; 2 fois, dans ces conditions, elle a paru très pénible.

Jamais d'hémoptysie ; à peine, dans 3 cas, un crachat hémoptoïque. Il y eut de l'emphysème localisé 4 fois ; 6 fois une élévation thermique de 1° 6 ; 2 fois, une légère poussée pneumonique qui fut résolue au troisième jour ; fréquemment un abaissement de la température le soir même.

Au bout de quelques jours, les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques redevenaient sensiblement les mêmes, qu'avant les injections ; l'amélioration n'a donc été que temporaire.

Plus récemment, M. Lépine paraît avoir obtenu de bons résultats des injections de sublimé à 1 pour 40,000 et d'iodure de sodium à 1 et 2 pour 25, en cas de pneumonie, dans la partie hépatisée du poumon (*Acad. des sciences*, 10 août, et *Revue de médecine*, décembre 1885, p. 1057).

Les résultats obtenus jusqu'ici ne permettent donc pas de se prononcer encore sur la valeur des injections médicamenteuses intra-pulmonaires. Elles doivent être continuées chez les tuberculeux avec de nouvelles substances, en ayant soin de préciser mieux leur action sur le tubercule. Il conviendrait en particulier d'essayer à nouveau l'iodoforme, qui a donné de si beaux résultats dans le traitement des abcès tuberculeux de diverses régions. Ces expériences pourraient être faites sur une large échelle chez des animaux rendus tuberculeux, cobayes, lapins, vaches, etc.

---

collections désignés suivant leur format : *collection in-4°*, *collection in-8°*. Chaque volume ayant un numéro particulier, depuis 1 jusqu'à X+1, on catalogue de même chaque ouvrage contenu dans les volumes, comme je l'ai dit plus haut, en numérotant chacun d'eux à la suite des autres, soit sur la première page, soit sur la tranche, et on donne à la fiche, comme points de repère, l'indication de la collection, le numéro du volume et celui du travail cherché; par exemple : Collec. in-4°, T. XIV, n° 20. Il est bon, pour la facilité des recherches, d'ajouter à chaque volume de mélanges, soit au commencement, soit à la fin, une table sommaire des travaux qu'il contient et suivant leur ordre numérique.

Les collections périodiques et journaux constituent encore un des grands ennuis d'une bibliothèque ; on ne sait ni où ni comment les ranger; ils gênent partout. Les uns, voulant les avoir immédiatement sous la main, les placent côte à côte sur une table, à découvert; mais la poussière s'y infiltre aussitôt, quitte à s'envoler et à se répandre sur tous les objets d'alentour dès qu'on a la velléité de consulter les dites collections. Même inconvénient si on place celles-ci dans de petits casiers également ouverts, bien que n'ayant que tout juste les dimensions nécessaires pour contenir les numéros formant un volume.

D'autres préviennent l'accès de la poussière en enfermant les collections dans un carton capable de contenir chacune d'elles, et lui-même dans un autre carton de même forme, mais un peu plus grand. Ceci assure une grande propreté aux journaux, et, pour les petites bibliothèques, je ne connais rien de mieux; mais, pour les grandes

Depuis la publication du travail de M. Truc, M. R. Shingleton Smith (de Bristol), a fait connaître d'ailleurs les résultats très encourageants de sa pratique dans cette voie. Il a essayé pendant plus d'une année les injections d'iodoforme dans des cas de gangrène, de tuberculose, de pneumonie chronique, et avec un certain succès. Il professe la plus grande confiance dans les propriétés germicides de cette substance, qui a en outre l'avantage de ne pas irriter les tissus avec lesquels on la met en contact. Il pense aussi que les résultats annoncés par M. Verneuil, doivent encourager les praticiens à persévérer dans la cure des tuberculoses locales, pulmonaires ou autres, au moyen des injections de solutions iodoformées (*Brit. med. journ.*, 31 octobre 1885, t. II, p. 817).

En résumé, on pourrait avoir recours à ces injections dans quelques cas déterminés (Truc) :

« Dans un *but antiputride*, lorsque des cavernes superficielles seront le siège de phénomènes septiques graves et que la pneumotomie ne sera pas acceptée ;

« Dans un *but curatif*, si des découvertes ultérieures font connaître des agents médicamenteux capables de ménager le parenchyme pulmonaire et de détruire ou de modifier avantageusement les lésions tuberculeuses.

« Dans un *but hémostatique* (Pepper, Beverley), quand le siège d'une hémoptysie sera limité, abordable et nettement reconnu. »

Quant aux points dans lesquels on peut sans crainte pratiquer les injections, on les choisira de préférence dans les régions sous claviculaires et axillaires, qui sont les plus abordables et les moins dangereuses.

L.-H. PETIT.

CORRESPONDANCE

Grasse (Alpes-Maritimes), 26 décembre 1885.

Mon cher Confrère,

Ancien chirurgien de la marine, chirurgien en chef de l'hôpital de Grasse, exerçant

---

bibliothèques, ce système demanderait trop de temps pour le rangement et le contrôle desdites collections, étant donné leur nombre assez élevé. Comme, dans ces derniers cas, on les consulte souvent, on peut adopter avec avantage, pour la plupart, le système des petits casiers; on réserverait les cartons pour les journaux à périodicité rapprochée, et dont les numéros fragiles demandent une protection plus efficace.

On peut encore se servir, dans les petites bibliothèques, des cartonniers ordinaires pour ranger les collections. On place, dans chaque carton, une ou deux collections, suivant leur format, sans crainte de confusion ni de poussière. Dès qu'un volume est complet, on le fait relier et on le met à sa place muni de son étiquette.

J'ai dit plus haut que chaque ouvrage devait être représenté au catalogue par *au moins* une fiche. Si on se contente d'un catalogue par noms d'auteurs, une seule fiche suffit; mais si l'on veut, en outre, un catalogue par ordre de matières, il en faut au moins deux, l'une servant au catalogue par noms d'auteurs, l'autre au catalogue par ordre de matières. Mais, pour celui-ci, une fiche ne suffit pas toujours. En effet, un travail peut se rapporter à plusieurs sujets, à plusieurs matières différentes, et une fiche est nécessaire pour chacune d'elles. Par exemple, un travail sur les *fractures chez les cancéreux* demandera deux fiches de matières, une pour le mot *fracture* et l'autre pour le mot *cancer;* un travail sur la *gangrène dans les fractures chez les diabétiques* en demandera trois, une pour le mot *gangrène*, une pour le mot *fracture*, et une pour le mot *diabète ;* et ainsi des autres. Un catalogue, comme tout index, ne pouvant jamais être trop détaillé, il ne faut pas hésiter à faire autant de fiches que cela est nécessaire

depuis vingt ans, la chirurgie dans ma région sur une assez large échelle, je pense que vous ne trouverez pas mauvais que je m'intéresse aux choses chirurgicales dont l'*Union* entretient ses lecteurs avec tant de régularité et de clarté.

Je lis dans le numéro du mardi, 15 décembre, au compte rendu de la Société de chirurgie du 9 décembre, une observation de M. Paul Segond, chirurgien des hôpitaux de Paris. Il s'agit d'un cas d'imperforation de l'hymen qu'il a traité : 1° par une ponction étroite; 2° dans la même séance, par une incision cruciale, une compression douce de l'abdomen et des injections de sublimé dans le vagin. M. Segond pense que, dans son cas, l'utérus ne contenait pas de caillots, et que le vagin dilaté était seul le siège de l'hématome.

M. le rapporteur Berger expose les dangers de l'ouverture large de la tumeur, par suite de la possibilité d'une effusion de sang dans la cavité péritonéale. Il trouve, par contre, que l'évacuation lente et graduelle expose aux modifications putrides de son contenu. Finalement, il conclut en faveur de l'évacuation rapide.

Permettez-moi de vous rappeler un cas d'imperforation de l'hymen que j'eus à traiter en 1871, et qui a été publié à la page 337 du tome XVIII de l'*Union médicale*, année 1874. Dans ce cas, j'accomplis l'évacuation en deux temps. D'abord, avec *la plus petite aiguille* de l'appareil Dieulafoy, alors à peine connu, je pus enlever 1,400 grammes de sang liquide, ce qui permit à l'utérus de se vider peu à peu dans le vagin, à l'abri du contact de l'air, des caillots qu'il contenait.

Puis, quelques jours après, quand j'eus acquis la certitude que l'utérus était entièrement revenu sur lui-même, et que par conséquent toute la partie solide de la tumeur avait été chassée dans le vagin, rendu libre par la ponction aspiratrice, j'excisai un lambeau de l'hymen; en une seule séance, je débarrassai sans danger le conduit de tout son contenu, qui pesait un kilogramme. Je fis suivre cette extraction de quelques lavages, tout marcha de la manière la plus simple du monde, et j'ai, depuis cette époque, accouché deux fois, sans accident, la jeune fille devenue femme.

L'évacuation rapide, au moins dans mon cas, n'était donc pas nécessaire, et constitua seulement le second temps de l'opération, dont l'aspiration capillaire, à plusieurs jours de distance, avait constitué le premier; c'est elle qui avait assuré l'antisepsie.

Si je ne craignais d'abuser de vos instants, j'ajouterais, au sujet du diagnostic, cette réflexion, suggérée par certaines erreurs qui ont été commises : il me semble qu'il n'y a qu'à essayer de passer le doigt entre les parois du vagin et la tumeur, ce qui ne

---

pour la facilité et la promptitude des recherches. On ne regrettera jamais le temps passé à ce travail préparatoire lorsqu'on pourra, en quelques secondes, savoir ce qu'on a dans sa bibliothèque sur un sujet donné.

Les fiches étant faites, comment les ranger?

Quand on se contente d'un catalogue par noms d'auteurs, la chose est facile; il suffit de mettre tous les noms à la suite l'un de l'autre, suivant l'ordre alphabétique;

Quand plusieurs auteurs différents portent le même nom, on les place d'après l'ordre alphabétique de leurs prénoms;

Lorsqu'un même auteur a écrit plusieurs ouvrages, on les place suivant l'ordre de date.

Lorsqu'on a un catalogue par noms d'auteurs et par matières, il faut les ranger séparément; pour cela, on range les fiches d'auteurs comme il vient d'être dit, et les fiches de matières suivant un ordre d'autant plus compliqué que les bibliothèques renferment plus de livres.

Soit une bibliothèque d'étudiant en médecine, renfermant 100 ouvrages différents (j'exagère peut-être). Il suffira de quelques subdivisions : anatomie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, thérapeutique, accouchements, sciences accessoires, littérature.

Pour une bibliothèque de 1,000 volumes, on subdivisera ces divisions suivant les grandes régions du corps : tête, cou, poitrine, abdomen, membres; on séparera les

pourra, certes, pas se faire, si c'est l'hymen inperforé qui bombe, et ce à quoi on arrivera sans difficulté, dans le cas de la présentation d'une poche amniotique.

Agréez, mon cher confrère, etc.

Dr Albert VIDAL.

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants.

S'il est vrai, comme l'enseignent les auteurs les plus autorisés, West notamment, que les organes digestifs de l'enfant acquièrent l'aptitude à digérer les substances amylacées plusieurs mois seulement après la naissance; s'il est vrai que la salive si abondante qui s'écoule de la bouche du nourrisson en travail de dentition, est dépourvue de diastase et impropre, par conséquent, à modifier la fécule ou amidon, l'alimentation prématurée au moyen de bouillies, de panades, de soupes, etc., est condamnée, scientifiquement, au nom de l'anatomie et de la physiologie.

Mais, cette démonstration était vraiment superflue. La clinique ne l'a que trop souvent fournie aussi probante que peuvent la demander les plus sceptiques et les moins clairvoyants. Pour le médecin, la question est vidée et la discussion oiseuse.

Nous admettons tous, avec unanimité, comme premier principe d'alimentation dans la première enfance, que le lait seul doit constituer l'aliment exclusif jusqu'au sixième mois, et quelquefois jusque vers la fin de la première année.

Mais quand vient l'époque de transition et de sevrage, où il convient d'adjoindre au lait ou de lui substituer des aliments solides, nous sommes partagés et indécis. En conséquence de cette incertitude, le médecin s'en remet à l'ordinaire, pour la deuxième alimentation, aux données de l'empirisme et, pour tout dire, aux soins des bonnes gens ou plutôt des bonnes femmes.

Est-il donc impossible d'établir des lois et des principes pour se conduire dans cette seconde phase de la vie végétative?

D'une part, les physiologistes nous apprennent que le rapport des substances azotées aux matériaux hydrocarbonés doit être, dans un aliment complet, de 1 des premières à 3 des seconds; et l'expérience montre que, si ce rapport s'élève et devient 1 à 7 ou même 1 à 6, ou s'abaisse et descend à 1 à 4, il survient des troubles de la nutrition, et un état morbide apparaît.

---

accouchements de la gynécologie, les sciences accessoires en chimie, physique, histoire naturelle, etc.

Pour une bibliothèque plus considérable, les subdivisions augmenteront encore : on en fera autant qu'il y a d'organes, de maladies différentes par organes; dans les sciences accessoires, on en fera autant qu'il y a d'espèces de corps, d'éléments divers, de substances.

Enfin, les subdivisions seront aussi multipliées que possible dans les grandes bibliothèques. Je citerai comme exemple, pour les bibliothèques médicales, l'admirable *Index-Catalogue* de la bibliothèque du *Surgeon-general's Office* de Washington, où des fiches ont été faites non seulement pour les ouvrages volumineux et les brochures, mais encore pour tous les travaux originaux des journaux et recueils périodiques de la bibliothèque, et où chaque mot du dictionnaire, pour ainsi dire, sert de titre ou d'en-tête aux fiches des nombreux travaux qui s'y rapportent.

Pour ranger les fiches de matières, il est nécessaire de mettre le nom de la matière sur des fiches un peu plus grandes que les autres pour que le nom inscrit en tête dépasse les fiches et frappe immédiatement le regard, et même de couleur différente, pour les distinguer mieux encore. Ces fiches d'en-tête étant disposées par ordre alphabétique dans les cartons destinés aux fiches, on place derrière chacune d'elles, et d'après l'ordre alphabétique des noms d'auteurs, toutes les fiches relatives au sujet inscrit sur la fiche d'en-tête.

Dans les bibliothèques particulières, où l'on tient beaucoup plus à savoir quels sont

D'autre part, si nous consultons le tableau d'analyse chimique qui nous donne la composition des principales graminées alimentaires, tel que Payen l'a dressé, nous y trouvons qu'une seule de ces semences remplit parfaitement les conditions exigées par les règles scientifiques et les données de l'expérience. C'est l'analyse de la farine d'avoine qui présente ce rapport reconnu nécessaire. En effet, sa composition élémentaire donne exactement 14,39 de matières azotées et 75,34 d'hydrocarbures p. 100. Ce n'est pas tout : dans ces 75,34 de substances carbonées, on distingue 9,25 parties de dextrine, c'est-à-dire d'amidon déjà modifié et presque assimilable ; et 5,50 de matières grasses, proportion double de celle que fournissent les blés les plus nutritifs.

Ce dernier point n'est pas indifférent, puisque nous savons que l'enfant dépense, toutes proportions gardées, plus de chaleur que l'adulte et que les corps gras sont les générateurs de calorique les plus puissants. Ici donc la substance calorigène se trouve condensée heureusement sous un petit volume.

Quant aux substances minérales, c'est-à-dire le phosphate de chaux et de magnésie, les sels de potasse et de soude, le fer et la silice, ils représentent 3,25 p. 100, coefficient le plus élevé de toute la série des céréales usitées.

Si donc on compare la farine d'avoine à celle des autres graminées, on voit, en résumé, qu'elle est caractérisée :

1° Par le rapport parfait qui s'y trouve entre les substances azotées et les composés ternaires ;

2° Par le chiffre supérieur des substances minérales, éléments du squelette et du sang ;

3° Par la forte proportion des matières grasses, moyen d'engraissement et combustible condensé.

C'est pourquoi, dit Payen, on s'explique que « l'avoine, débarrassée de ses écailles ou enveloppes, et réduite en gruau, soit employée avec succès dans l'alimentation des hommes en Irlande et en Écosse, et plus particulièrement introduite dans le régime alimentaire des enfants, sous forme de potages, en Angleterre ». Mais, ajoute le savant chimiste, « le gruau d'avoine est l'objet de véritables falsifications ; sur 30 échantillons pris dans différentes boutiques, 16 se sont trouvés falsifiés ».

C'est en connaissance de ces rares propriétés, et pour sauvegarder la pureté de ce produit, que des chimistes français ont formé l'heureuse entreprise de spécialiser une farine de gruau d'avoine, préparée suivant les procédés perfectionnés que l'industrie possède aujourd'hui.

---

les travaux relatifs à tel ou tel sujet, qu'à connaître les travaux de chaque auteur, on peut, si l'on renonce au catalogue d'auteurs, se faire facilement un catalogue par ordre de matières avec une fiche unique par sujet. Il suffit de grouper toutes les fiches se rapportant au même sujet derrière les fiches d'en-tête, et de les y ranger par ordre alphabétique de noms d'auteurs.

On peut du reste tirer divers partis des fiches simples : On peut les ranger par noms d'auteurs, toujours suivant l'ordre alphabétique, puis les copier sur un registre, en laissant un certain nombre de lignes après chaque nom, pour les ouvrages à venir. Ce catalogue par noms d'auteurs ainsi fait, on peut changer ce premier ordre, les fiches se maniant aussi facilement que des cartes à jouer, et les ranger suivant l'ordre des matières, que l'on copie de même sur un autre registre. On peut encore les ranger par ordre de dates, si l'on veut, et faire un catalogue chronologique de la littérature médicale, soit d'une manière générale, soit sur un sujet donné, etc.

Cette manière de procéder, peut d'ailleurs s'appliquer à toute bibliothèque, quel que soit le nombre de ses ouvrages.

Un dernier point à examiner. On peut se demander, en effet, s'il est bien nécessaire de recopier les fiches sur un registre, et si l'on ne pourrait pas se contenter d'un catalogue par fiches.

Pour les bibliothèques particulières, où les fiches ne sont consultées que par leur propriétaire, et replacées avec grand soin pour éviter tout mélange et tout déplacement, les fiches suffisent ; on a bien vite examiné les dix, vingt ou trente, qui se rapportent

C'est là l'origine de la *farine Morton*, au gruau d'avoine, recommandée par les sommités scientifiques et à laquelle un médecin renommé des hôpitaux d'enfants, le professeur Bouchut, a consacré un travail élogieux.

Si, comme j'ai essayé d'en donner la raison scientifique, la farine d'avoine mérite d'être adoptée comme second aliment dans le bas âge, c'est la *farine Morton* qu'il faut prescrire pour offrir aux nourrissons toutes les garanties que nous avons le devoir d'exiger pour eux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Charles Brongniard écrit de l'Afrique du sud que, le 17 novembre dernier, une secousse de tremblement de terre a été ressentie dans la localité où il est, et que, le 27 du même mois, la pluie d'étoiles a été observée là comme ailleurs.

M. Henri Becquerel adresse une note relative à la phosphorescence des cristaux.

M. le Président annonce la mort de M. Adhémar-Jean-Claude Barré de Saint-Venant, membre titulaire de la section de mécanique, dans laquelle il avait remplacé, en 1868, le général Poncelet.

M. de Saint-Venant, âgé de 88 ans, a succombé à une fluxion de poitrine, contractée lors de son dernier voyage à Paris. Il habitait Vendôme, et il était venu, malgré le froid, prendre part aux travaux préparatoires de la section de mécanique, en vue d'une élection prochaine. Il ne reste plus maintenant que deux membres de cette section, MM. Phillips et Résal. Il est temps d'aviser. Pour l'Académie, la mort de M. de Saint-Venant ouvre la neuvième vacance de membre titulaire.

M. Vulpian dépose sur le bureau les résultats d'expériences entreprises afin de démontrer que, chez les animaux comme chez l'homme, la lésion du bulbe entraîne des hémianesthésies croisées.

Il présente, au nom de M. Feltz, des recherches sur l'atténuation naturelle que subit le virus charbonneux au sein de la terre dans laquelle on a enfoui les animaux morts à la suite du charbon.

---

au même sujet ; et puis, on peut en ajouter indéfiniment, au fur et à mesure que la bibliothèque s'enrichit de nouveaux ouvrages, sans rien changer à l'ordre primitif ; tandis que sur les registres, on est exposé à ne pas laisser assez de place pour certains sujets, et à être obligé d'intercaler des pages nouvelles, ce qui gâte tout.

On peut encore se servir de fiches articulées, ou fixées à un onglet que traverse une tringle lorsqu'elles sont mises en place, mais ce système n'est guère applicable qu'aux petites bibliothèques, à cause des déplacements qu'il entraîne lorsqu'il faut ranger un grand nombre de fiches.

D'ailleurs, quoi qu'on fasse, les fiches peuvent se déplacer, se perdre, et alors l'ouvrage correspondant est aussi introuvable que s'il était lui-même perdu ou déplacé. D'autre part, le registre beau ou laid, est plus commode à consulter. Aussi, dans les bibliothèques publiques, où le nombre des lecteurs est assez grand, et les chances de déplacement des fiches augmentent en proportion du nombre des lecteurs, où le nombre des fiches se rapportant à chaque sujet est parfois de plusieurs centaines, vaut-il mieux faire recopier les fiches sur des registres, suivant l'ordre mixte, adopté par la bibliothèque de Washington.

On sait ce qu'est cet ordre mixte. Toutes les fiches étant réunies par groupes plus ou moins volumineux, d'après le nombre de fiches relatives au même sujet, et rangées suivant l'ordre de noms d'auteurs et de matières, chaque groupe de fiches est alors disposé suivant son ordre alphabétique, ce qui est facile puisqu'il porte en tête une fiche sur laquelle on lit le substantif propre ou le substantif commun indiquant la composition du groupe. Il s'ensuit que la bibliographie des auteurs et celle des matières

Enfin, il dépose sur le bureau un volume intitulé : *Exposé des théories transformistes* par M. Arthur Galla, de Lima.

— L'ordre du jour appelle la nomination par la voie du scrutin de deux candidats à la place laissée vacante au bureau des longitudes par la mort de M. Yvon-Villarceau.

La commission présente, en première ligne, M. Bouquet de la Grye, et, en deuxième ligne, M. Callandreau. Le scrutin est uninominal. On procède donc, à un premier tour qui, sur 42 votants, donne 40 suffrages à M. Bouquet de la Grye, lequel est proclamé premier candidat de l'Académie; puis, à un deuxième tour qui, sur 44 votants, donne 43 voix à M. Callandreau, lequel est proclamé deuxième candidat de l'Académie. Il nous paraît que c'est beaucoup de scrutins et bien de la complication, alors qu'il ne s'agit que de désigner des candidats; on pourrait peut-être ne voter qu'une fois, sur une seule liste, d'autant qu'il est, croyons-nous, sans exemple que la liste proposée par la commission ait été modifiée par l'Académie; mais il y a une tradition et rien n'est difficile à ébranler comme une tradition.

M. Janssen met sous les yeux de l'Académie des photographies des taches solaires, qui montrent que les éléments granulaires de la surface du soleil, ce qu'on a appelé, les grains de riz, se retrouvent partout, aussi bien dans les taches, que dans les facules et dans les pénombres. M. Janssen estime que la photographie est un instrument de découverte, et que lorsqu'elle sera maniée convenablement par un grand nombre d'observateurs, elle fera faire des progrès rapides à la science de la constitution du soleil et à l'astronomie en général.

M. Péligot, au nom de MM. Porion et Deherain, présente des recherches sur la culture du blé.

M. Mascard appelle l'attention sur les relations qui paraissent exciter entre les taches du soleil d'une grandeur notable et les perturbations magnétiques qui se produisent à la surface de notre globe. Le samedi, 9 janvier, on a pu observer une perturbation magnétique considérable. Il serait intéressant de savoir si ce phénomène a coïncidé avec des taches solaires exceptionnelles.

M. Chatin dépose sur le bureau, de la part de M. Varenne, un travail relatif à la coagulation de l'albumine.

Pour répondre au désir exprimé par M. Ed. Robin, MM. Berlrand et Berthelot ont ouvert une série de plis cachetés, déposés par ce chimiste en 1850 et en 1851 ; ces plis,

---

sont intercalées les unes aux autres, et que tout se suit par ordre alphabétique ; le catalogue est dès lors aussi facile à consulter qu'un dictionnaire. Si quelque obscurité restait dans ma description, bien que, paraît-il, ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, il suffirait de jeter un simple coup-d'œil sur l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque de Washington, pour savoir ce qu'il faut entendre par ordre mixte et les services qu'on peut attendre de ce mode de classification.

Je pense donc qu'on peut résumer ainsi qu'il suit les règles dont il faut tenir compte dans le rangement d'une bibliothèque.

1° Il faut d'abord ranger les livres sur les rayons, en mettant ensemble, autant que possible, ceux de même format, et de telle façon qu'on puisse les atteindre d'autant plus facilement qu'on doit s'en servir plus souvent ;

2° On inscrit ensuite sur l'étiquette collée sur le haut du dos de chaque volume le point de repère de l'ouvrage, représenté par un, deux ou trois numéros ;

3° En même temps, on fait la fiche du volume, comme nous l'avons indiqué plus haut, soit simple, soit en double ou en triple, etc., suivant les cas.

4° On range les fiches comme nous l'avons également indiqué, d'abord par noms d'auteurs, puis par ordre de matières, et transcrivant sur un registre ces fiches rangées par ordre alphabétique, pour en faire des catalogues par auteurs et par matières;

5° Les brochures, thèses, etc., groupées suivant les sujets, autant que possible, formeront, d'après leur format, deux collections, l'une in-8°, l'autre in-4°.

L.-H. Petit.

au nombre de six, contiennent des indications sur l'emploi des substances antiputrides et antifermentescibles, pour la conservation des matières animales et pour le traitement des maladies virulentes. L'auteur pourra en faire prendre copie au secrétariat pour établir, s'il y a contestation, ses droits de priorité.

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures un quart. — M. L.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 15 JANVIER 1886.

Lundi 4. — M. Gilles de la Tourette : Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes. (Président, M. Charcot.)

Mardi 5 et mercredi 6. — Pas de thèses.

Jeudi 7. — M. Cognet : Considération sur les hémorrhagies profuses et spontanées du fond de l'œil chez les adolescents. (Président, M. Panas.) — M. Fauvel : De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale. (Président, M. Duplay.)

Vendredi 8. — M. Francon : De l'ostéomyélite insidieuse ou premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse. (Président, M. Trélat.) — M. Dayot : Contribution à l'étude de la périnéorrhaphie. (Président, M. Lannelongue.) — M. Argellier : Note à propos des amputations de jambe. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 9 et mercredi 13. — Pas de thèses.

Jeudi 14. — M. Chambor : Conservation des vibrations thoraciques dans les pleurésies avec épanchements. (Président, M. Ball.) — M. Arthur Chevallier : Traitement de la pustule maligne par les incisions au thermo-cautère. (Président, M. Ball.) — M. Chatellier : Des tumeurs adénoïdes du pharynx. (Président, M. Peter.) — M. Sabatier : Sur les cardiopathies artérielles. (Président, M. Grancher.)

Vendredi 15. — M. Eugène Collin : Contribution à l'étude de la sclérodermie. (Président, M. Fournier.) — M. Mercier : Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis, et en particulier de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches. (Président, M. Fournier.)

FORMULAIRE

SIROP ANTIRHUMATISMAL. — A. Fort.

Iodure de potassium	20 grammes.
Bromure de potassium	5 —
Sirop de gentiane	575 —
Teinture d'iode	20 gouttes.

Faites dissoudre. — Une grande cuillerée, matin et soir, dans le rhumatisme articulaire chronique. — En outre, on badigeonne les articulations douloureuses avec de la teinture d'iode. — N. G.

COURRIER

CONCOURS. — Le lundi 15 mars 1886, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 1er février 1886, et fermé le samedi 27 février 1886, à trois heures.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté n'a pas décerné, pour l'année scolaire 1884-1885, le prix Montyon, mais elle a accordé une récompense de 350 francs, à titre d'encouragement à M. le docteur Séjournet, de Révin (Ardennes), pour son ouvrage intitulé : « De la congestion pulmonaire active et principalement de la fluxion de poitrine comparée à la pneumonie franche. »

Le prix Barbier n'est pas décerné cette année, et sa valeur, soit une somme de 2,000 francs, est attribuée, conformément aux dispositions testamentaires, à la bibliothèque de la Faculté, pour achat de livres.

Le prix Corvisart n'est pas décerné, aucun candidat ne s'étant présenté. La question mise au concours pour l'année scolaire 1885-1886 est : « Causes de la mort dans les maladies infectieuses. »

— La Faculté a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine dont les noms suivent pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1884-1885 :

Médailles d'argent. — MM. Bruneau, Charrin, Doyen (Louis), Lejard, Pichon, Pignot, Real-y-Beiro, Tissier, Walter, Wassermann.

Médailles de bronze. — MM. Babinski, Bermonts, Bernard (Antoine), Bonnaire, Bougier, Chevy, Darier, Doyen, Fournel, Gautrez, Gervais, Hulin, Juranville, de Molènes-Mahon, Richardière, Rouillard, Suchard, Tapie, Valude, Viron.

Mentions honorables. — MM. Arduin, Artaud, Barbe, Barbulée dit Bulot, Bernard (Léon), Bonfils, Chpolianski, Cohen, Collin, Cormak, Delon, Deschamps, Duchesne, Durand, Duriau, Fradet, Fouchard, Gosset-Deslonchamps, Hollenfeltz, Inglessis, Jean, Lainet, Lebreton, Ménard, Monnet, Montagne, Œttinger, Pedrono, Pérochaud, Peugniez, Prieur, Ricard, Rifat, Rigolot, Sapelier, Secretan, Sené, Tuffier.

La commission se composait de MM. les professeurs Béclard, Regnault, Hardy, Ball, Panas, Laboulbène, Brouardel, Tarnier et Lannelongue.

— M. le docteur Legrand est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la troisième circonscription du XVe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Laisné, démissionnaire.

M. le docteur Destrem est nommé médecin-inspecteur de la cinquième circonscription, en remplacement de M. le docteur Mignot-Danton, démissionnaire.

— Par suite de la démission de M. Vulpian, les changements suivants ont eu lieu dans les hôpitaux et hospices de Paris :

M. Mesnet passe de Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu; M. Troisier, de Tenon à Saint-Antoine; M. Cuffer, de Bicêtre à Tenon, et M. Moizard, du Bureau central à Bicêtre.

— Les journaux politiques nous donnent la nouvelle suivante :

« Les antivivisectionnistes l'emportent.

« Le baron Conrad, ministre de l'instruction publique en Autriche, a adressé aux facultés de médecine une circulaire relative à la vivisection. Celle-ci ne pourra plus être pratiquée qu'à titre d'exception et quand elle sera indispensable pour l'étude de cas très sérieux.

« Elle n'est permise que dans les instituts médicaux de l'Etat, et aux seuls professeurs ou à des agrégés opérant sous leur responsabilité.

« *Les animaux doivent être insensibilisés avant l'expérience, et il est recommandé de ne se servir que d'animaux inférieurs.* »

Nous recommandons surtout à nos physiologistes les derniers mots.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillemaut (de Louhans) et Trapenard (de Bellenaves).

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Bringuier, préparateur de physique, est nommé chef des exercices pratiques de chimie, en remplacement de M. Amat.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Dubuc : De l'utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie. — II. Bibliothèque : Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. — De la coqueluche et de son traitement par la résorcine ; de l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche. — De l'hystérie chez les enfants. — III. Revue des Journaux : Du collodion iodoformé contre les névralgies. — De l'albuminurie cyclique. — IV. Variétés. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De l'utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 décembre 1885,

Par le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

La cocaïne est entrée dans la thérapeutique depuis un an à peine et, déjà, on n'en est plus à compter les nombreux services qu'elle a rendus comme agent d'anesthésie locale des muqueuses oculaire, buccale, pharyngienne, nasale, voire même du vagin et du rectum.

Il semble que, jusqu'ici, il n'en ait été fait que rarement usage pour anesthésier la muqueuse de la vessie, dans le but de faciliter l'opération de la lithotritie.

J'ai trouvé pourtant deux cas rapportés dans les numéros d'août et de septembre 1885, des *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Le premier (numéro d'août, p. 509), emprunté à *The New-York medical Journal* du 14 mars 1885, appartient au docteur Robert Weir, président de la Société de chirurgie de New-York, qui, à propos de cette opération, cite un cas semblable opéré à Saint-Peter hospital, à Londres.

Le deuxième (numéro de septembre, p. 565) est dû au professeur Bruns, de Tubingen (traduit par le docteur Delbastaille, dans les *Annales dc la Société médico-chirurgicale de Liège*).

Je n'ai pas à entrer dans le détail de ces deux observations; je me borne à rappeler que les auteurs ont eu à se louer de l'usage du chlorhydrate de cocaïne.

Il en a été de même dans le cas suivant, où j'y ai eu recours dans des circonstances qui me semblent démonstratives.

Le malade, dont il me paraît nécessaire de résumer l'histoire un peu longue, m'avait été adressé, en mai 1881, par notre savant confrère le docteur Siredey.

Il était alors dans sa soixante-dixième année, et atteint d'une rétention chronique d'urine, avec distension de la vessie, occasionnée par une hypertrophie prononcée de la prostate.

Les besoins d'uriner étaient incessants; l'urine, trouble, purulente, trouvée alcaline dès le début, atteignait la quantité de trois litres environ dans les vingt-quatre heures, et, malgré cela, on sentait la vessie, distendue, qui remontait presque jusqu'à l'ombilic.

L'état général était notablement altéré, comme cela arrive d'ordinaire en pareil cas.

L'intervention fut conduite avec précaution; la quantité d'urine extraite avec la sonde, de deux en deux jours seulement, fut d'abord peu considérable, puis augmentée progressivement, et la vessie ne fut vidée en totalité qu'au bout de dix-huit jours. Cela nous permit de traverser, sans encombre, la période parfois si redoutable des premiers sondages.

J'appris ensuite au malade à se sonder, la vessie ne recouvrant jamais, dans des cas semblables, la faculté de se vider spontanément. Il n'eut plus dès lors qu'à recourir au cathétérisme, quand le besoin d'uriner était ressenti, c'est-à-dire quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Le malade recouvra peu à peu la plénitude de sa santé.

Il eut pourtant de l'épididymite à droite, en décembre 1881, et, en janvier 1882, une hématurie assez considérable occasionnée par une cassure de la sonde au niveau de l'œil, qui avait éraillé le col de la vessie.

En mai 1882, symptômes d'un calcul vésical, dont je constate la présence avec l'explorateur métallique.

Je pratique la lithotritie avec chloroforme.

La pierre, comme il fallait s'y attendre, était constituée par du phosphate ammoniaco-magnésien.

Les débris secs pesaient 12 grammes.

En décembre 1882, épididymite, à gauche cette fois, qui amène dans la tunique vaginale un épanchement assez considérable pour nécessiter la ponction, à la suite de laquelle le liquide ne se reproduit pas.

En juillet 1883, première récidive de la pierre. Lithotritie avec chloroforme.

Les débris phosphatiques pesaient, secs, 2 gr. 70.

En octobre 1883, deuxième récidive de la pierre. Lithotritie sans chloroforme.

Les débris, toujours de nature phosphatique, pesaient, secs, 2 gr. 20.

A la suite de cette lithotritie, j'ai fait, dans la vessie, six injections d'une solution de nitrate d'argent au 500e, en laissant entre chacune d'elles un intervalle de quatre jours.

En février 1884, troisième récidive de la pierre. Quatrième lithotritie sans chloroforme.

Débris non pesés; d'après le volume, le poids devait être d'environ 2 grammes.

En juillet, un peu d'épididymite à droite. Le malade, une fois guéri, se rend à Évian.

En octobre 1884, quatrième récidive de la pierre. Cinquième lithotritie sans chloroforme.

Débris non pesés; d'après le volume, le poids ne devait pas excéder 1 gr. 50.

Enfin, en septembre 1885, cinquième récidive de la pierre.

Les symptômes caractéristiques avaient reparu, en août, à Villers, au bord de la mer; le malade y continua, malgré cela, son séjour jusqu'à la fin du mois.

Lorsqu'il revint à Paris, j'étais moi-même absent et ne le vis que le 16 septembre.

Il éprouvait un sentiment continu d'agacement, de pincement au col vésical qui redoublait encore à la fin de la miction, au moment de retirer la sonde; les besoins, très fréquents, revenaient au moins toutes les heures. L'urine, fortement alcaline, était devenue sale, glaireuse et répandait une odeur ammoniacale très prononcée; le dépôt, purulent et glaireux, occupait en hauteur le tiers à peu près du liquide.

Je fis une exploration de la vessie avec un instrument métallique plein qui me fournit la sensation d'un calcul de 2 centim. 1/2 de diamètre, comme enveloppé d'un corps mou.

Le lendemain, 17 septembre, je procède à la lithotritie, le malade n'ayant pas besoin de préparation spéciale, puisque, depuis des années, il n'urine qu'avec le secours de la sonde.

J'introduis, sans injection préalable, la vessie contenant une quantité suffisante d'urine, le lithotriteur n° 2 à mors pleins. Je saisis la pierre, qui mesure bien 25 millimètres de diamètre et est enveloppée d'un corps mou, comme l'explorateur me l'avait révélé; je la serre et m'assure, avec l'instrument chargé, qu'il n'en existe pas d'autres, puis je la broie sans difficulté. Je fais encore diverses prises, et, après avoir bien fermé mon instrument, je le retire, la cuiller pleine de débris. Séance tenante, j'introduis un autre lithotriteur n° 1 1/2 à mors pleins; je fais encore plusieurs prises; puis je retire l'instrument bien fermé, la cuiller encore pleine de débris.

La séance a été douloureuse. A diverses reprises, j'ai senti la vessie se contracter sur l'instrument, ce qui rendait difficile la recherche des fragments; aussi ai-je abrégé l'opération, qui n'a duré en tout que cinq minutes.

J'ai introduit ensuite la sonde évacuatrice n° 25 à petite courbure, et j'ai fait un lavage bien complet avec la solution tiède d'acide borique.

Outre les débris ramenés par le lavage, qui étaient peu nombreux, j'ai trouvé nageant au milieu du liquide une grosse glaire rougeâtre, du volume d'une châtaigne, impré-

gnée de matière phosphatique qu'il était impossible d'en séparer; c'est elle, certainement, qui enveloppait la pierre, lui formant comme une atmosphère et pouvant rendre compte de la sensation obscure de contact fournie par l'explorateur. Par la dessication, cette glaire disparut entièrement, laissant à sa place un petit tas de phosphates, qui représentait à peu près le tiers de son volume primitif.

Je ferai remarquer que, chez le même malade, aux trois opérations de lithotritie qui ont précédé celle-ci, il a été rendu de même à la suite de la première séance une grosse glaire présentant des caractères analogues à ceux que je viens d'indiquer et fournissant aussi par la dessication un tas de phosphates de volume moindre, comme dans le cas présent.

Le résultat de la séance fut, en plus des phosphates provenant de la dessication de la glaire, un autre tas, du volume d'une noisette, formé des débris ramenés dans la cuiller des instruments et de l'appoint fourni par le lavage consécutif.

A la suite de cette séance, les phénomènes douloureux ressentis par le malade du côté du col, non plus que la fréquence des besoins, ne furent en aucune façon améliorés. Il y eut comme une velléité d'épididymite du côté droit, le noyau d'induration resté de ce côté comme du côté gauche à la suite des inflammations épididymaires que j'ai signalées dans les antécédents, étant devenu le siège d'un peu de gonflement douloureux ; mais cette menace disparut sous l'influence du repos au lit et des cataplasmes.

Le 20 septembre, c'est-à-dire au bout de quatre jours, je pus procéder à une seconde séance et pour épargner au malade les phénomènes douloureux et éviter le retour des contractions vésicales qui m'avaient gêné précédemment, je résolus d'avoir recours aux propriétés anesthésiantes du chlorhydrate de cocaïne.

J'avais fait préparer une solution de 1 gramme de cette substance dans 40 grammes d'eau distillée, c'est-à-dire une solution à 2 1/2 p. 100.

Je commençai par vider la vessie et faire un lavage avec la solution tiède d'acide borique; puis, la vessie bien nettoyée, je poussai par la sonde, dans sa cavité, la solution de cocaïne, n'en conservant que la quantité nécessaire pour baigner, pendant le retrait de la sonde, la muqueuse uréthrale depuis le col jusqu'au méat urinaire.

J'attendis ensuite dix-huit minutes pendant lesquelles je recommandai au malade de prendre des positions variées, de façon à établir le contact de la solution avec toute la surface de la muqueuse vésicale. Puis, sans donner issue à la solution, j'ajoutai 70 gr. environ de solution tiède d'acide borique, de façon à avoir une quantité de liquide suffisante pour la facilité des manœuvres.

Je procédai ensuite à l'introduction du lithotriteur n° 1 1/2 à mors pleins. Cette introduction, sans être douloureuse, fut pourtant assez vivement sentie lorsque l'instrument traversa la partie profonde de l'urèthre, passage rendu difficile chez ce malade par l'hypertrophie très prononcée de la prostate.

Un fois arrivé dans la vessie, je constatai que le contact de l'instrument, tout en étant perçu, ne provoquait plus de douleurs et que le réservoir ne manifestait aucune tendance à se contracter, contraste évident avec ce qui s'était passé la fois précédente.

Aussi me fut-il facile de réaliser une séance très productive. Après avoir fait 30 prises en cinq minutes, je retirai mon instrument, vidai la cuiller, puis le réintroduisis et fis encore 25 prises en quatre minutes, poussant le broiement aussi loin que possible, ce qui est le meilleur moyen de faciliter l'évacuation.

Ne sentant plus de gros fragmenls, je retirai l'instrument, introduisis une sonde évacuatrice n° 25 à petite courbure et procédai à un lavage abondant avec la solution boriquée tiède.

Le résultat total de la séance consista dans un amas de débris finement broyés qui, desséchés, pesaient 4 grammes.

Ici l'emploi du chlorhydrate de cacaïne s'est montré d'une utilité évidente, incontestable.

Les jours suivants, la menace d'orchite à droite, qui s'était manifestée à la suite de la première séance, se reproduisit. Le 23 septembre, il y avait un certain degré de gonflement douloureux à la queue de l'épididyme droit avec irradiation de la douleur vers

©BIU Santé

le canal inguinal correspondant, complication combattue par le séjour au lit et les cataplasmes laudanisés.

Du côté de la vessie, les souffrances avaient disparu, l'urine avait cessé d'être glaireuse et la nécessité des sondages ne se faisait plus sentir que toutes les deux heures et demie.

Il n'était pas probable, toutefois, que la totalité de la pierre eût été expulsée, un ou plusieurs fragments trouvant facilement à se dissimuler dans une vessie d'une grande capacité, comme l'était celle-ci, de plus irrégulière, par suite de la présence de colonnes charnues et pourvue d'un grand bas-fond.

Il était donc indispensable de faire une dernière séance qui serait, tout à la fois, opératoire et de vérification.

J'y procédai le 26 septembre, toute trace de l'irritation épididymaire ayant alors disparu; j'eus recours de nouveau à l'emploi du chlorhydrate de cocaïne; seulement la solution était plus concentrée : 1 gramme pour 30 grammes d'eau, ce qui faisait un peu plus de 3 p. 100. L'injection fut faite exactement comme la première fois, une petite quantité de la solution ayant été réservée pour en baigner la muqueuse urétrale au moment du retrait de la sonde.

J'introduisis, vingt minutes après l'injection, et après avoir, au préalable, ajouté une certaine quantité de solution d'acide borique, le lithotriteur n° 1 1/2 à mors pleins. L'introduction fut assez vivement sentie, mais non douloureuse.

Je trouvai une vessie absolument calme et tolérante. Je saisis d'abord un fragment gros comme une lentille, puis un autre plus important donnant aux mors 1 centimètre d'écartement; je le broyai, repris les fragments, fis, avec le lithotriteur, des recherches multipliées. Puis, ne sentant plus rien, je le retirai et introduisis à sa place un explorateur plein (modèle M. Guyon) à bec un peu long à cause de la grande dimension de la vessie, avec lequel je continuai les recherches, sans rien sentir non plus.

Pendant ces diverses manœuvres, qui durèrent dix minutes, le malade ne manifesta aucune souffrance. Il assistait à l'opération presque comme si elle eût été pratiquée sur un étranger.

Le lavage terminal ne produisit non plus aucune sensation douloureuse.

Le résultat de la séance fut un tas de débris un peu moins gros qu'une noisette.

Les débris de la totalité de la pierre pesaient 6 grammes après dessiccation.

Le 29 septembre, je fis encore, mais cette fois sans la cocaïne, une séance de vérification avec l'instrument métallique plein, déjà employé le 26; elle fut négative.

On ne saurait, en effet, trop multiplier les recherches dans les vessies de grande capacité, à surface irrégulière, où des fragments trouvent si facilement à se cacher, et peuvent échapper même à l'action de l'aspirateur.

Chez ce malade, je n'ai jamais manqué, lorsque je considérais la lithotritie comme terminée, de faire ainsi une ou deux explorations complémentaires, et j'ai la conviction de n'avoir jamais laissé aucun fragment dans sa vessie.

Réflexions. — Tel est le fait qu'il m'a paru utile de publier. Je n'en voudrais pas tirer une déduction exagérée. Je crois cependant qu'il démontre, comme ceux que j'ai rappelés plus haut, que le chlorhydrate de cocaïne peut rendre des services dans l'opération de la lithotritie, en diminuant la sensibilité douloureuse de la vessie et en calmant ses contractions.

Le malade opéré successivement, avec et sans chloroforme, et, la dernière fois, sans la cocaïne et avec la cocaïne, était bon juge pour apprécier les avantages et inconvénients inhérents à chacun de ces modes, et, s'il accordait la préférence au chloroforme, sous l'influence duquel, il n'avait rien senti, il reconnaissait que l'emploi de la cocaïne avait produit un soulagement marqué, relativement aux cas où aucun agent anesthésique n'avait été mis en usage.

La comparaison qu'il pouvait faire, sous ce rapport, avait d'autant plus de valeur, que, dans la dernière opération, la première séance ayant eu

lieu sans le secours de la cocaïne, qui avait été employée, au contraire, dans les deux suivantes, le souvenir des sensations ressenties était encore tout récent.

J'estime que cet agent sera indiqué, lorsqu'on aura affaire à des calculs de petit ou de moyen volume, et que, aidé dans son action par une dose un peu massive de chloral, 3 ou 4 grammes par exemple administrés par la bouche, trois quarts d'heure ou une heure avant l'opération, il pourra dans bien des cas dispenser du chloroforme, qu'on ait ou non recours à l'aspiration.

Celui-ci demeurera toujours nécessaire, dans les cas de calculs volumineux et durs, nécessitant une séance prolongée pour être broyés et évacués en une seule fois, avec le secours de l'aspiration.

Mais, dira-t-on, la vessie n'absorbe pas. Comment expliquer l'efficacité de la cocaïne? A cela, je répondrai, c'est un fait d'expérience, et puis, si la muqueuse vésicale n'absorbe pas à l'état sain, il n'en est pas de même lorsqu'il y a eu chute de l'épithélium, ainsi que l'ont démontré les expériences de Susini (de Strasbourg). C'est le cas de toutes ou presque toutes les vessies renfermant des calculs, en particulier de celles qui contiennent des pierres phosphatiques, où l'on rencontre les lésions concomitantes de la cystite chronique.

J'ajouterai que le seul moment où le malade ait manifesté quelque souffrance a correspondu, comme dans le cas du docteur Weir, rappelé plus haut, au temps pendant lequel l'instrument a traversé l'urèthre; mais ici la courbure du canal était très prononcée par suite de l'hypertrophie de la prostate, et j'attribue la légère douleur ressentie, moins à l'absence d'anesthésie de la muqueuse, qu'aux tiraillements exercés sur les parties avoisinantes pendant le redressement.

Quant à la dose de la cocaïne, je crois qu'il y aura tout avantage à employer une solution à 4 ou 5 p. 100, maintenant surtout que le prix moindre du médicament ne met plus obstacle à l'usage de doses élevées.

Il suffira d'injecter 30 grammes de la solution en en réservant une petite partie pour humecter la muqueuse uréthrale; cette quantité sera assez grande pour que toute la muqueuse en soit baignée, si on a soin de faire prendre au malade des positions variées.

Enfin, on pourra commencer la séance dix minutes après l'injection, l'action anesthésiante de la cocaïne étant établie dans ce délai, et ne dépassant guère une demi-heure. Il importe, en effet, d'agir aussitôt que possible, de façon à avoir terminé les diverses manœuvres avant le retour de la sensibilité.

Avant de terminer ce travail, je voudrais dire un mot des récidives de la pierre chez le malade qui nous occupe. Son observation nous montre une fois de plus avec quelle ténacité les pierres phosphatiques, nées dans la vessie, s'y reproduisent.

J'ai pourtant eu recours, chez lui, à l'ensemble des moyens, tant généraux que locaux, mis en usage en pareille circonstance.

Ainsi, sans parler des préparations balsamiques, des eaux telles que Vittel, Évian, du séjour à Évian, il n'a jamais cessé, depuis la première opération de lithotritie, en mai 1882, de faire au moins une fois par jour un lavage de sa vessie avec la solution tiède d'acide borique à 4 p. 100.

En novembre 1883, à la suite de la troisième opération de lithotritie, je

©BIU Santé

lui ai fait plusieurs injections vésicales d'une solution de nitrate d'argent au 500e, pour tâcher de combattre la cystite chronique.

Depuis un an environ, il prend, sur mon conseil, mais d'une façon irrégulière, 1 gr. 50 à 2 grammes par jour d'acide borique à l'intérieur.

Cet agent, en effet, m'a fourni d'excellents résultats chez un malade jeune encore, qui, ayant des urines alcalines, expulsait tous les matins, à la fin de la miction, avec des efforts pénibles, un bouchon de mucosités chargées de phosphate ammoniaco-magnésien, et qui a vu ce phénomène disparaître rapidement sous l'influence de l'acide borique pris à l'intérieur, pour reparaître, il est vrai, dès qu'il en cessait l'emploi, si bien que, depuis vingt et un mois environ, il est à la dose quotidienne de 2 à 3 grammes de ce médicament, sans qu'il en soit résulté aucun trouble de sa santé générale.

Ici, l'emploi de l'acide borique à l'intérieur s'est montré inefficace.

A la suite de la dernière lithotritie avec cocaïne, j'ai encore fait, à des intervalles de quatre à cinq jours, cinq injections vésicales de nitrate d'argent au 500e, injections nullement douloureuses.

Lorsque j'ai pris congé du malade, l'urine avait une belle couleur jaune d'ambre; elle était légèrement acide, sans odeur, sans autre trouble qu'un très léger nuage tenu en suspension. Les sondages devaient être répétés toutes les deux heures et demie ou toutes les trois heures. Il n'existait plus aucune souffrance vésicale.

L'état général était excellent; l'appétit et le sommeil bons.

Eh bien, il est probable que, malgré ces conditions en apparence favorables, malgré la continuation des soins que j'ai énumérés ci-dessus, la pierre aura encore récidivé dans quelques mois.

A quoi tient cette fatalité des récidives dans le cas présent et dans les cas analogues? Évidemment, à la cystite chronique.

Ce qui rend cette cystite chronique si rebelle, c'est l'irrégularité même des parois vésicales, plus marquée encore dans les vessies, qui, comme celles-ci, ont été pendant longtemps, avant la période d'intervention, soumises à la distension.

Certains recoins de ces vessies échappent à l'action des agents curatifs, tels que le nitrate d'argent ou des lavages antiseptiques, et continuent à fournir du pus.

L'intervention des sondages, auxquels les malades ne peuvent se soustraire, puisqu'ils sont atteints de rétention chronique absolue, n'est pas non plus sans influence. Il en résulte forcément l'introduction, malgré toutes les précautions, de microbes : micrococcus de l'urée et autres qui, une fois parvenus dans la vessie, s'y établissent à demeure et y trouvant, grâce à la cystite chronique, des conditions favorables à la fermentation ammoniacale de l'urine, provoquent la formation du phosphate ammoniaco-magnésien.

De là, dans des cas qui ne sont pas très rares, ces récidives incessantes des pierres phosphatiques, contre lesquelles nous sommes encore, il faut le reconnaître, à peu près complètement désarmés.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, DE JURISPRUDENCE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE, par M. LEGRAND DU SAULLE, deuxième édition entièrement refondue, avec la collaboration de MM. G. BERRYER et G. POUCHET. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1886.

Si l'usage existait dans la presse médicale de faire, à propos de la critique d'une œuvre, la biographie et le portrait de son auteur, comme je m'y conformerais volontiers à propos de la nouvelle édition du plus important des livres publiés par M. Legrand du Saulle ! Il est regrettable que cet usage n'existe pas, car la vraie critique n'a pas de base plus solide que la connaissance du caractère d'un écrivain et des circonstances dans lesquelles s'est accomplie la genèse de ses œuvres ; c'est là un axiôme de la critique contemporaine à propos des écrivains de lettres, il demeure aussi incontestable à propos des hommes de science.

Ainsi nous avions en France des traités classiques de médecine légale, dont le succès a été parfaitement légitime auprès de plusieurs générations. Ils étaient dus à des légistes expérimentés, à des médecins instruits ou à la collaboration des uns et des autres. Mais, lorsque parut pour la première fois celui de M. Legrand du Saulle, son caractère distinctif découlait de cette particularité que l'auteur s'était adonné simultanément à l'étude du droit et de la médecine, et à cette partie de la médecine qui nous met le plus souvent en contact avec la loi et ses interprètes, la médecine mentale.

Et même l'ancien interne d'Esquirol, devenu médecin de Bicêtre, puis de la Salpêtrière, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la préfecture, ne s'est pas confiné dans les questions de pathologie cérébrale ; l'écrivain, dont la plume habile a su fixer jadis en des pages si goûtées des lecteurs d'alors les plus brillantes cliniques de Trousseau, a toujours suivi avec un aussi vif intérêt les débats des cours de justice que les grandes discussions qui ont agité le public médical de son temps.

Grâce à cette diversité de goûts et d'aptitudes, M. Legrand du Saulle a pu réaliser l'idée dominante de toute sa vie scientifique : « ouvrir une voie de communication entre la médecine et le droit, opérer en quelque sorte la fusion des deux sciences et rendre facilement assimilables pour tous les questions scientifiques ou légales les plus divergentes et les plus ardues. »

Pour mener à bien la tâche épineuse de passer en revue, sans fatigue pour le lecteur et sans lacunes pour le chercheur, les innombrables problèmes que soulève le cotoiement incessant des deux professions de médecin et de légiste, un seul plan était possible et logique, c'est celui qu'a adopté l'auteur : prendre l'homme à son berceau, l'étudier pas à pas, âge par âge, dans toutes les étapes de la vie et le suivre jusqu'à sa mort, jusqu'aux recherches cadavériques, jusqu'à l'analyse posthume du terrain en contact avec ses derniers restes, presque disparus. Ainsi se déroulent successivement, sous les yeux du lecteur, toutes les grandes questions qui sont du ressort de la médecine légale.

Mais l'originalité toute particulière au livre de M. Legrand du Saulle, c'est la dissémination dans le texte de 173 observations médico-légales pratiques, renfermant la démonstration de faits scientifiques pleins de valeur ou la vulgarisation de décisions judiciaires capables de fixer la jurisprudence, ainsi que l'insertion de 37 modèles de rapports. Ainsi se trouve constituée pour la première fois une sorte de *clinique de médecine légale ;* c'est là une innovation des plus heureuses, elle ne pouvait être mieux entreprise que par le médecin qui, grâce à sa situation officielle, voit défiler 50,000 individus par an au dépôt de la préfecture, et qui, aux heures les plus sombres de notre histoire contemporaine, a su faire également respecter par les partis furieux la haute mission du médecin légiste.

M. Legrand du Saulle avait supporté seul le labeur écrasant de la première édition ; il a voulu pour la deuxième s'adjoindre deux collaborateurs d'une compétence indiscutée en des matières spéciales ; aucun choix ne pouvait être meilleur que celui de M. Georges Berryer, qui porte dignement au Palais un nom si glorieux, et de M. Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui fait autorité en toxico-

logie. Avec de tels éléments de succès, cette deuxième édition n'a pas besoin qu'on lui souhaite bonne chance.

Quant à l'écrivain qui, outre ce traité de médecine légale, a signé des livres comme la *Folie devant les Tribunaux*, le *Délire des persécutions*, la *Folie héréditaire*, la *Folie du doute*, les *Études sur les épileptiques et les hystériques*, sur la *Peur des espaces*, les *Folies raisonnantes*, l'*Interdiction des aliénés* et les *Testaments contestés pour cause de folie*, à l'un des représentants les plus laborieux d'une profession qui a fourni les plus prodigieux travailleurs de notre temps, il faut lui rendre hommage et respect, en attendant le jour prochain où nous pourrons féliciter l'Académie de lui avoir ouvert ses portes.

P. Le Gendre.

1° De la coqueluche et de son traitement par la résorcine.

2° De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche, par M. Moncorvo, professeur à la policlinique de Rio-de-Janeiro. — 1885, Rio-de-Janeiro : Lombaert, et Paris : Berthier.

Il y a un an, notre distingué confrère brésilien publiait un mémoire sur la nature de la coqueluche et sur son traitement par la résorcine. Dans ce travail, M. Moncorvo considérait la coqueluche comme une affection locale du vestibule des voies aériennes. A trente-trois années de distance, il rappelait donc, en la modifiant, l'opinion de M. Gendrin, supposant que la coqueluche n'était autre chose qu'une phlegmasie de la partie supérieure de l'arbre bronchique. Il est vrai qu'alors il ne s'agissait pas de parasitisme, que cette inflammation n'était pas spécifique et que la coqueluche n'avait pas encore été considérée comme une maladie microbienne.

En adoptant cette théorie et en s'inspirant des travaux de Letzerich, Henke et Oltramare, le professeur de la clinique infantile de Rio-de-Janeiro devait demander aux germicides un agent médicamenteux susceptible d'être porté directement *loco dolenti*. Il s'adressa à la résorcine, et, dans les vingt-huit observations qui accompagnent ce mémoire, il l'employa en badigeonnages répétés plusieurs fois chaque jour sur l'orifice glottique et sous forme d'une solution à 1 ou 2 pour 100.

La première application du médicament parut augmenter les quintes; M. Moncorvo n'en continua pas moins. Cet inconvénient ne tarda pas à disparaître et la tolérance de la glotte à s'établir.

Non content d'avoir institué ce procédé thérapeutique, M. Moncorvo a voulu le perfectionner en utilisant le chlorhydrate de cocaïne pour atténuer l'excitabilité laryngienne. Dans sa brochure sur l'*emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche*, il recommande de faire précéder le badigeonnage de résorcine par un attouchement de l'orifice laryngien et de l'isthme du gosier avec une solution de cocaïne à 10 pour 100. Il obtient ainsi une diminution de la sensibilité de la muqueuse et une atténuation des quintes de toux. Nous pensons que ce perfectionnement contribuera à multiplier les tentatives de traitement de la coqueluche par la résorcine, au grand honneur de notre confrère et, il faut l'espérer, au grand profit des malades. — Ch. E.

De l'hystérie chez les enfants, par Paul Peugniez. — Paris, 1885. Delahaye et Lecrosnier.

Dans ces derniers temps, l'hystérie des filles et des garçons impubères a été l'objet de plusieurs mémoires originaux. M. Peugniez donne un exposé général de cette névrose dans l'enfance, et, conséquemment, résume, en les complétant, les travaux de ses prédécesseurs.

Élève de M. Charcot, notre estimable confrère s'est inspiré des idées du savant médecin de la Salpêtrière pour en fixer la symptomatologie, qui d'ailleurs diffère peu de celle de l'hystérie des adultes, et dont le trouble des facultés affectives est le symptôme prémonitoire.

Un des caractères de l'hystérie de l'enfance est son épidémicité assez fréquente; M. Peugniez cite des exemples d'endémies de cette nature; parmi elles, il omet cependant l'épidémie de Voiron, aussi remarquable par le nombre des cas que par leur netteté.

Par contre, il s'étend longuement sur la physiologie pathologique ou, pour mieux dire, sur les hypothèses que M. Batault développait naguère. L'un et l'autre trouveraient volontiers la raison de l'hérédité nerveuse dans l'opinion, hasardée d'ailleurs, de Bœkel, pour qui l'hérédité est la mémoire des plastidules, et la variabilite, la réceptivité de ces mêmes plastidules. L'auteur allemand ajoute même que, dans les formes simples, les plastidules n'ont rien appris, ni rien oublié; mais que, dans les formes organiques, ces plastidules ont beaucoup appris et beaucoup oublié (!).

Après un mot d'éloge à la physiopathologie plastidulaire, M. Peugniez la considère comme une hypothèse et tempère son adhésion par une citation de Dumas : « Les hypothèses, rappelle-t-il après l'habile littérateur, sont les béquilles dont se servent les savants; ils les jettent dès qu'ils peuvent marcher seuls. » Soit; mais, pour se soutenir avec des béquilles, il faudrait pour le moins posséder des membres, fussent-ils chancelants et impuissants! Or, la plastidulie n'en a pas. A quoi bon lui donner des béquilles et introduire cette hypothèse dans l'histoire de l'hystérie, dont la pathogénie est déjà, ce me semble, assez boiteuse? Pourquoi ne pas s'en tenir à l'observation des faits, avouer notre ignorance en étiologie et s'en tenir à mieux explorer le champ encore assez peu connu de l'hystérie? Nonobstant ces réserves, la thèse de M. Peugniez méritait mieux qu'une simple mention et avait quelques droits à la critique; celle que nous venons d'en faire montre que nous lui attribuons une réelle valeur. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Usages thérapeutiques du collodion iodoformé contre les névralgies, par W. Browning de Brooklyn. (*Amer. Journ. med. sciences*, octobre 1885, p. 403.) — On a préconisé l'usage du collodion iodoformé comme moyen thérapeutique contre la névralgie. Plusieurs auteurs l'ont employé à diverses doses. (En général, 1 d'iodoforme pour 15 de collodion; Moleschott, 10 p. 100; Cœsfeld, 25 p. 100; d'autres encore, 1 à 3 p. 100.) On badigeonne l'endroit douloureux jusqu'à ce qu'on obtienne une épaisseur de 1 à 2 millimètres; cependant plus la couche est épaisse, plus ce médicament est efficace.

En général, au bout de deux applications, la douleur a disparu; cependant, si elle persistait, on pourrait continuer les badigeonnages.

M. Browning cite 5 cas de névralgie sus-orbitaire (4 d'origine paludéenne) ayant résisté au sulfate de quinine, à la vératrine, au chloroforme, etc... guéris après deux ou trois applications de collodion iodoformé. Il cite 4 autres cas d'après les docteurs Mac Naughton, Bender et Bartley qui viennent confirmer ses propres expériences.

Le collodion iodoformé ne produisit pas d'effet dans 8 cas simulant la sciatique; mais on reconnut plus tard que l'on n'avait pas affaire à des névralgies, mais à des tumeurs lombaires, coxalgie, etc.

Guérison ou amélioration dans 4 cas d'irritation spinale, et plusieurs autres observations de névralgies de différents nerfs et même de rhumatisme aigu ou chronique; mais, dans ce dernier cas, l'un des principaux facteurs paraît être l'action mécanique produite par le collodion en se contractant.

C'est de quatre modes différents que les éléments du collodion iodoformé agissent :

1° L'éther et l'alcool provoquent une anesthésie locale très rapide par suite du froid qu'ils produisent en s'évaporant.

2° La nitro-cellusose agit mécaniquement en produisant une contraction considérable de la peau et des tissus sous-jacents; elle agit peut-être aussi en protégeant la partie malade du contact de l'air.

3° L'iodoforme produit une légère anesthésie locale, mais son action est plus complexe. Il agit directement comme anesthésique, mais à son action vient se joindre celle de l'iode mise en liberté dans la solution de collodion. A ce sujet, on s'est demandé si l'iodoforme avait un effet quelconque sur le système nerveux central, et, si étrange que cela puisse paraître, deux Allemands, Bauer et Cœsfeld disent avoir guéri des cas de méningite tuberculeuse par des applications de collodion iodoformé. Mais il est évi-

dent que, dans les cas que nous avons cités, l'iodoforme a agi sur le système nerveux périphérique.

4° L'iodoforme et l'iode agissent comme absorbants, car il y a, d'après Anstie, hypérémie et épaississement des tissus environnant le point douloureux. Dans ce cas, les vieilles solutions, contenant plus d'iode libre, seraient plus efficaces.

On doit surtout employer la solution de collodion iodoformé dans les cas de névralgies bien localisées comme les névralgies sus-orbitaires, névralgies sciatiques (Moleschott), etc., mais son usage semble contre-indiqué dans les cas de douleurs généralisées et mal définies.

Remarque. — L'étonnement de M. Browning, au sujet de la guérison de la méningite tuberculeuse par les applications de collodion, prouve que, comme beaucoup d'étrangers, notre confrère américain ignore ce qui a été fait en France à cet égard. Il y a de longues années que notre excellent confrère, M. le docteur Robert de Latour, a publié des observations de ce genre, et on en trouvera de nouvelles émanant de divers praticiens dignes de foi, dans son livre récent sur la chaleur animale, dont l'*Union* a entretenu ses lecteurs à plusieurs reprises. — L.-H. Petit.

De l'albuminurie cyclique, par Pavy. — Depuis qu'on a observé l'albuminurie dans l'état de santé, on attribue ce phénomène à des perturbations digestives ou nerveuses s'accompagnant d'altérations du sang. Sous le nom d'albuminurie cyclique, M. Pavy décrit une forme dans laquelle l'albumine s'observe chaque jour dans les urines durant quelques heures. Cette période d'albuminurie est habituellement comprise entre neuf et onze heures du matin. M. Pavy a noté le même phénomène dans le cours de la phosphaturie.

Dans les faits que l'observateur anglais a étudiés à l'appui de ses remarques, on peut se demander si cette périodicité n'a pas pour cause la répétition à la même heure d'habitudes journalières. Dans ces conditions, on pourrait faire intervenir l'eau froide dans le cas de pratiques hydrothérapiques quotidiennes, l'air froid à l'heure des repas. (*The Lancet*, 17 octobre 1885.) — C. L. D.

VARIÉTÉS

LE BUREAU D'HYGIÈNE DE REIMS EN 1884.

En quittant la direction de cette institution, M. Langlet a redigé un rapport qui mérite, à tous égards, l'attention des hygiénistes. Il a mis ses soins à augmenter, à compléter et à préciser les renseignements statistiques, et par conséquent à faire apprécier au lecteur les améliorations hygiéniques obtenues.

A côté des informations statistiques, M. Langlet a eu l'excellente idée de publier des mémoires qui forment en quelque sorte le testament scientifique de ce bureau pendant l'année 1884. L'un d'eux, dont notre confrère est signataire, traite des *améliorations à apporter aux logements insalubres*, et se termine par des conclusions conformes aux vœux exprimés par la Commission parisienne des logements insalubres.

Les autres œuvres de M. Lajoux exposent les recherches du laboratoire municipal rémois : sur les *eaux potables de cette ville*, *le lait* et les *falsifications médicamenteuses*. Ce dernier surtout est instructif et prouve, une fois de plus, l'urgente nécessité des laboratoires municipaux. M. Lajoux signale, par exemple, un opium extrait des capsules de pavots épuisées préalablement par des incisions au procédé classique, un safran dont les stigmates étaient mélangés de débris de végétaux, imprégnés de glucose, saupoudrés de carbonate de chaux et colorés par la fuschsine ; un échantillon de sulfate de quinine où cet alcaloïde entrait seulement dans la proportion de 20 pour 100 ; enfin, une eau de laurier-cerise, ne contenant pas d'acide cyanhydrique, mais fabriquée par le mélange de l'eau pure avec les essences d'amandes amères ou de mirbane.

Le rapport de M. Langlet témoigne de la vitalité de l'institution qu'il a dirigée depuis sa fondation ; il établit l'utilité d'un bureau d'hygiène, à Reims, où il existe, et à Paris, où il fait encore défaut. — Ch. E.

FORMULAIRE

POUDRE ANTIDYSENTÉRIQUE. — Schmitjan.

Soufre sublimé et lavé	15	grammes.
Semences de fenouil pulv	15	—
Sucre pulv	30	—
Gomme arabique pulv	30	—

Mêlez. — Une cuillerée à café, toutes les trois heures, dans les formes subaiguës ou chroniques de la dysentérie. On commence le traitement par un vomitif à l'ipéca.

Le soufre agit ici, à la manière des purgatifs salins et du calomel, comme substitutif par conséquent. En outre, il peut avoir une action topique propre sur la muqueuse enflammée et ulcérée, comparable à l'action des eaux sulfureuses, sur les places qui n'ont aucune tendance à se cicatriser. Il purge d'une part, et de l'autre, il est antiseptique et cicatrisant. — N. G.

COURRIER

CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — Voici les noms des candidats à l'agrégation en médecine (Paris et province) déclarés admissibles après les deux premières épreuves, et les sujets de thèses qui leur sont échus.

M. Ballet : Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie. — M. Barth : Le sommeil non naturel ; ses diverses formes. — M. de Beurmann : De la médication abortive. — M. Brissaud : Paralysies toxiques. — M. Chauffard : Des crises dans les maladies. — M. Déjerine : De l'hérédité dans les maladies du système nerveux. — M. Gaucher : Pathogénie des néphrites. — M. Letulle : Des pyrexies abortives. — M. Boinet : Parentés morbides. — M. Grenier : Sous-luxations dans les maladies nerveuses. — M. Lober : Paralysies, contractures, et affections douloureuses de cause psychique. — M. Lannois : Nosographie des chorées. — M. Lemoine : Anesthésie médicale. — M. Moussous : De la mort chez les phthisiques. — M. Parisot : Pathogénie des atrophies musculaires. — M. Sardat : Des migraines. — M. Simon : Des fractures spontanées. — M. Weill : Des vertiges. — M. Dubreuilh : Des immunités morbides. — M. Brousse : De l'involution sénile. — M. Chuffard : Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — Ce concours s'est terminé le mardi 12 janvier, par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1 Vignard, 2 Nicolle, 3 Vignalou, 4 Jacquinot, 5 Hudelo, 6 Springer, 7 Drouhet, 8 Chevalier, 9 Lion (Camille), 10 Daubigny, 11 Régnault, 12 de Fleury, 13 Legueux, 14 Jondreau, 15 Legry, 16 Mouls, 17 Cazals, 18 Coffin, 19 Tissier, 20 Jonneser, 21 Rollin, 22 Prioleau, 23 Reboul, 24 Wickham, 25 Janet, 26 Thiéry (Paul-Louis), 27 Grandhomme, 28 Parmentier, 29 Gautier, 30 Deroche, 31 Pinel-Maisonneuve, 32 Témoin, 33 Cousin, 34 Caussade, 35 Bouisson, 36 Delagenère, 37 Bruhl, 38 Legrand, 39 Baudouin, 40 Mantel, 41 Maurin, 42 Laskin.

Internes provisoires. — 1 Lyon (Gaston-Raphaël), 2 Isch-Wall, 3 Conzette, 4 Hautecœur, 5 Thouvenet, 6 Pallier, 7 Despaigne, 8 Iscovesco, 9 Cohen, 10 Sardou, 11 Mathieu-Sicaud, 12 Mlle Klumpke, 13 Bataille, 14 Boulay, 15 de Grandmaison, 16 Dupré, 17 Reblaud, 18 Pfender, 19 Bellanger, 20 Le Noir, 21 Dagron, 22 Mauny, 23 Bourges, 24 Roussan, 25 Melchior-Robert, 26 Macry, 27 Gommière, 28 Sollier, 29 Charier (Charles), 30 Thiéry (Adrien), 31 Lefèvre, 32 Gautier (Jean), 33 Wassilief, 34 Thomas, 35 Thibaut, 36 Laffitte, 37 de Lostalot-Bachoué, 38 Besançon, 39 Bouchut, 40 Garnier, 41 Raoult, 42 Thierry (Frédéric), 43 Couderc, 44 Evrain, 45 Mauclaire, 46 Arnould, 47 Mosny, 48 Bernheim, 49 Alexandre, 50 Souplet, 51 Aubert, 52 Courtois, 53 Baumgarten, 54 Pilliet, 55 Oustaniol, 56 Dussaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Borel est chargé, pendant la durée du

©BIU Santé

congé accordé à M. Mergier, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de physique.

— Les consignations pour les examens probatoires de l'année scolaire 1885-1886, dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Pour le deuxième examen de doctorat, première partie, jusqu'au 30 mars inclusivement. — Pour le deuxième examen de doctorat, deuxième partie, jusqu'au mardi 30 avril inclusivement. — Pour le troisième examen de doctorat, première partie, jusqu'au mardi 30 avril inclusivement. — Pour le troisième examen de doctorat, deuxième partie, jusqu'au mardi 25 mai inclusivement. — Pour le quatrième examen de doctorat jusqu'au mardi 8 juin inclusivement. — Pour le cinquième examen de doctorat, première et deuxième parties, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement.

Pour les examens de sages-femmes, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement,

Pour les thèses, jusqu'au mardi 13 juillet inclusivement.

Pour le premier examen d'officiat, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement; — pour le deuxième examen d'officiat, jusqu'au mardi 29 juin inclusivement; pour le troisième examen d'officiat, jusqu'au mardi 13 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés après le 8 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Société médico-pratique. — A la suite du concours ouvert par la Société médico-pratique sur un sujet de médecine, chirurgie ou obstétrique, les récompenses suivantes viennent d'être décernées :

1° Un prix de 400 fr. à M. F. Roux, ancien médecin de l'hôpital de Chandernagor, pour un mémoire sur le choléra;

2° Un prix de 200 fr. à M. E. Desnos, pour un mémoire sur la cystite blennorrhagique;

3° Une première mention honorable à M. Bourgeois, médecin-major au 7e de cuirassiers, pour un mémoire sur la fièvre typhoïde atténuée;

4° Une deuxième mention honorable à M. Deligny, pour un mémoire sur l'anesthésie dans les accouchements.

Dix mémoires avaient été adressés à la Société pour ce concours.

Chemin de fer d'Orléans. — *Modification au service des trains sur la section de Cahors à Montauban le lundi 18 juillet 1886.* — La Compagnie d'Orléans a l'honneur d'informer le public que par suite d'un service de transbordement organisé entre les stations de *Borredon* et de *Montpezat* la marche des trains est modifiée comme ci-après à partir du lundi 18 janvier 1886 :

Section de Cahors a Montauban

Trains omnibus

	1131 mat.	1135 mat.	1139 soir
Cahors..... *Dép.*	4 40	10 35	5 20
Sept-Ponts.....	4 50	10 45	5 31
Cieurac.....	5 6	11 1	5 49
Lalbenque	5 15	11 10	5 57
Montpezat.....	5 28	11 23	6 10
Borredon	5 38	11 33	6 42
Caussade.....	6 9	12 8	6 56
Réalville.....	6 19	12 22	7 8
Albias	6 27	12 33	7 18
Fonneuve.....	6 36	12 45	7 28
Montauban V. B. *Arr.*	6 48 mat.	1 2 soir	7 45 soir

	1132 mat.	1136 mat.	1140 soir
Montauban V. B , *Dép.*	7 25	10 33	4 50
Fonneuve.....	7 40	10 49	5 10
Albias.....	7 51	10 38	5 23
Réalville.....	8 3	11 7	5 38
Caussade	8 17	11 19	5 56
Borredon	8 33	11 36	6 28
Montpezat.....	9 15	12 10	7 11
Lalbenque	9 41	12 28	7 41
Cieurac.....	9 53	12 38	7 54
Sept-Ponts.....	10 9	12 51	8 12
Cahors.....*Arr.*	10 18 mat.	12 59 soir	8 22 soir

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. H. Stapfer : Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement ? — II. Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — III. Bibliothèque : Etude sur l'œdème du larynx. — IV. Revue des Journaux : Calculs de la glande vulvo-vaginale. — De la cocaïne dans les opérations sur les trajets fistuleux. — De l'hydrochlorate d'hydrastine en ophthalmologie. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Variétés. — VII. Courrier.

Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement ?

Par H. Stapfer, chef de clinique de la Faculté (1).

Jamais. Il est toujours contre indiqué. Avis unanime des accoucheurs de profession.

C'était et c'est encore une des thèses favorites du professeur Pajot. Il n'a cessé de dire à l'amphithéâtre de la Faculté, ou dans ses cours particuliers, et il ne cesse de répéter aujourd'hui : Ne donnez jamais de seigle ergoté tant que l'utérus n'est pas vide, tant qu'il contient fœtus, placenta, ou caillots.

De son côté, le professeur Tarnier s'exprime ainsi : Le seigle ergoté a tué beaucoup d'enfants et de femmes. Proscrivez-le tant que l'utérus n'est pas débarrassé de son contenu.

D'autre part, les agrégés saisissent toute occasion de répéter dans les cours complémentaires : Le seigle est un médicament très dangereux quand l'utérus n'a pas expulsé tout ce qu'il renferme.

Ce *consensus omnium* donne force de loi à cette proposition. L'interdiction du seigle pendant l'accouchement ou l'avortement, c'est-à-dire pendant l'expulsion du produit de conception, fœtus, enveloppes, sang coagulé, est un des axiômes de l'obstétrique.

Par contre on a dit : *Le seigle ergoté est un médicament héroïque quand,* l'utérus étant vidé, *une hémorrhagie survient.* On ne le dit plus avec la même unanimité ; il y a des restrictions à faire, parce que le seigle a des inconvénients, même quand l'utérus paraît vide. Nous nous expliquerons sur ce point ; mais la proposition reste vraie. C'est elle qui a empêché l'Académie, justement émue des désastres causés par le seigle, d'enlever aux sages-femmes le droit de le prescrire.

Quelle est l'action du seigle ?

Il tétanise l'utérus.

De là ses méfaits ; de là ses bienfaits.

Pendant le travail, il arrête la circulation inter-utéro placentaire. Il en résulte que l'enfant est tué par asphyxie. Pendant la délivrance, il ferme l'orifice utérin, et, cette porte peut rester aussi solidement close que celle

(1) Tout dernièrement, nous entendions raconter l'histoire d'une malheureuse femme à laquelle un médecin avait donné le seigle ergoté *pour hâter l'expulsion du fœtus.* L'asphyxie de l'enfant et la rétention du placenta s'en étaient suivies.

Souvent nous avons reçu de nos confrères des départements des observations où l'administration du seigle était notée dans les mêmes conditions. Quelquefois, nous avons pris sur nous de supprimer la phrase ; d'autres fois, nous l'avons atténuée ; d'autres fois enfin, c'est l'observation toute entière que nous avons dû renoncer à publier.

En présence de ces faits, il nous a paru opportun de demander à notre collaborateur un « article d'enseignement » sur cette question éminemment pratique.

(*La Rédaction.*)

©BIU Santé

d'une prison. Dans cette prison l'arrière faix, placenta, membranes et caillots, risquent d'être retenus et de se putréfier. Il en résulte que les femmes sont exposées à la septicémie.

Quand l'utérus est vide, même action, mais toute bienfaisante, *du moins au moment où on la provoque;* nous répétons que nous expliquerons cette réserve. La tétanisation de cet organe ferme les mailles béantes du puissant réseau musculaire qui enlace les vaisseaux. Elle serre ces ligatures vivantes (Pinard). Il en résulte que les hémorrhagies cessent et que le flot de sang qui emporte la vie des femmes est arrêté.

Pourquoi, malgré des règles aussi précises, malgré des effets aussi connus, le seigle est-il encore administré hors de temps? Quelques médecins commettent cette faute parce qu'ils ne connaissent pas la question, ou la savent à demi et prennent peur au moment décisif; ce sont encore des des praticiens instruits qui généralisent d'après quelques faits mal interprétés, dans lesquels le seigle, donné sans opportunité, a réussi, et concluent que les préceptes classiques sont exagérés. Donnons quelques exemples.

A. — Chez une femme en travail, l'enfant se présente par l'épaule. Diagnostic non fait. On rompt les membranes pour éclairer le diagnostic et faire descendre la région fœtale. On n'éclaire rien et rien ne descend; mais l'utérus se tétanise, l'enfant meurt asphyxié; de plus la porte se ferme, et, toute opération étant impossible, la femme meurt de l'épuisement causé par la longueur du travail ou d'une rupture de l'utérus. — Le cas n'est pas rare.

Une femme, enceinte de quatre à cinq mois, a fait une fausse couche. La personne qui l'a assistée, a constaté l'expulsion d'un fœtus, et ne se préoccupe pas du reste, car elle ignore que la fausse couche du quatrième au cinquième mois, se fait en deux temps, fœtus d'abord, placenta ensuite. Quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après, cette personne est mandée en toute hâte auprès de sa cliente, prise d'hémorrhagie grave et de syncope. Elle donne du seigle. Or cette hémorrhagie était causée par e décollement du placenta. Conséquence possible : l'utérus tétanisé par le seigle emprisonne le placenta, et la septicémie tue la femme.

B. — Une femme fait une fausse couche de trois mois environ. Une véritable pluie de sang s'est écoulée du vagin; la perte continue. On donne d'emblée une bonne dose de seigle, dont on entretient l'effet par des doses fragmentées prises en potion. Résultat : mort de l'œuf qui exceptionnellement eût continué à vivre, rétention et putréfaction; septicémie plus ou moins grave.

Une femme, enceinte de quatre à cinq mois, avorte : Expulsion du fœtus seul; mais on sait que le placenta est resté dans l'utérus. L'hémorrhagie causée par le décollement, se déclare en son temps, avec violence. Que faire? Le médecin connaît l'anathème prononcé par l'école de Paris contre le seigle; il a aussi entendu parler du tampon, il a même introduit une fois dans le vagin, six ou sept boulettes de charpie sans grand effet, et avec quelles difficultés, il s'en souvient encore ! Le voilà donc fort perplexe. Il se dit : « je n'ai pas de charpie, je n'ai pas de spéculum, *comment mettre un tampon sans spéculum?* pendant que je préparerai et chercherai ce qu'il me faut, le sang continuera à couler, puis il sera nécessaire de mettre la femme en travers du lit, et remuer une femme qui a une hémorrhagie est

chose grave. Au contraire, j'ai du seigle dans mon sac ; cette poudre est vite administrée, et vite elle agit. Elle arrêtera le sang, et, qui sait ? elle expulsera peut-être le délivre. A l'école on m'a enseigné qu'elle était dangereuse ; mais mon confrère X..., m'a affirmé qu'on exagérait; il a même publié deux observations concluantes ». Ce dernier argument emporte les hésitations ; le seigle est donné. Conséquences possibles : rétention du placenta ; mort par septicémie.

Une femme vient d'expulser son fœtus. Elle n'est pas délivrée. Une hémorrhagie survient. Le praticien sait que, dans ces cas, il faut introduire la main dans l'utérus, achever le décollement du placenta, le saisir et l'extraire ; mais la pensée de pénétrer dans l'utérus l'effraie. Pourquoi ne pas extraire en tirant sur le cordon ? Il tire. L'hémorrhagie augmente. Il tire plus fort. Le cordon casse. La pensée d'introduire la main l'effraye encore davantage, car il a perdu le fil d'Ariane, qui l'aurait sûrement conduit à travers le dédale du vagin et du col jusque dans l'*arrière boutique*, pour me servir du mot d'un vieux maître de l'Ecole française. L'hémorrhagie ne s'arrête pas. Alors les observations concluantes du confrère X... viennent à l'esprit du praticien et lui donnent l'idée d'administrer le seigle. Mêmes conséquences que dans le cas précédent.

Une femme est accouchée. Fœtus, placenta, membranes, tout est sorti. Une de ces hémorrhagies dites internes, invisibles, car rien ne s'écoule, mais rendues manifestes par le développement subit et la mollesse du globe utérin, et par l'état syncopal, se déclare. Encore un de ces cas dans lesquels il faut introduire la main et extraire les caillots. Il est moins effrayant et plus facile de faire avaler une bonne dose de seigle. On la donne. Résultat : rétention et putréfaction du caillot, septicémie de plus ou moins longue durée.

C. *Généralisation hâtive de quelques faits mal observés.* — C'est le cas du confrère X... qui a publié des observations concluantes. Le confrère X... a été appelé à l'improviste auprès d'un femme prise d'hémorrhagie. Etat syncopal grave. Cette femme a fait, quelques semaines auparavant, une fausse couche de quatre mois environ. Elle s'était si bien remise qu'elle avait repris ses occupations. Un flot de sang accompagné de douleurs est survenu inopinément. Le confrère touche. Son doigt pénètre dans une masse de caillot, le sang coule; il faut *aller au plus pressé* et arrêter la perte. Un injection d'ergotine est faite. Quelques instants plus tard, une petite masse charnue, rougeâtre, est chassée violemment entre les jambes de la femme. C'est un placenta frais, exsangue et ratatiné. Il est sorti avec la rapidité de ces noyaux de cerise que les gamins prennent entre le pouce et l'index et envoient au nez de leurs amis (comparaison du professeur Pajot). Quelques caillots le suivent, et la femme éprouve aussitôt le plus grand bien-être. Le confrère est stupéfait. Il pensait vaguement à une tumeur fibreuse ou à une seconde fausse couche; il n'avàit pas saisi le lien possible entre l'avortement qu'il n'avait pas vu et l'accident auquel il avait assisté; *il avait été au plus pressé*, et le plus pressé n'était pas de faire un diagnostic, mais de traiter le symptôme. Il avait donné le seigle comme les homœopathes donnent veratrum ou atropina. Hémorrhagie utérine et seigle sont deux idées qui s'enchaînent le plus naturellement du monde. Mais, ce qui l'étonne le plus, c'est la rapidité de l'expulsion, le bien-être immédiat de la femme. « Suivant l'école, se dit-il, j'ai commis une

faute, et le résultat de cette faute a été la guérison immédiate. Donc, l'école se trompe. » Un hasard lui a appris qu'il ne faut pas jurer sur la parole du maître, il se promet de profiter de l'expérience, et, à la première occasion, de donner du seigle, cette fois à bon escient.

Il recommence donc, une fois, deux fois, et le succès confirme son opinion. Une troisième occasion se présente, le seigle est donné avec une confiance que les événements précédents semblent justifier, mais rien ne sort et la femme meurt. Un accoucheur, consulté, l'avertit de son erreur; mais il hoche la tête, il ne voit que les trois succès. Il recommence et réussit encore. Donc, il avait raison. Une cinquième occasion se présence, il ne la manque pas et la femme meurt. Il ne comprend pas que, pour lancer le noyau de cerise, les collégiens ont soin de le saisir par sa moitié postérieure; autrement il glisserait en sens inverse. Les placentas que le seigle a expulsés étaient à moitié sortis de l'utérus.

On le voit, l'ignorance absolue ou relative de la question et la généralisation hâtive de faits mal observés, sont la cause ordinaire des malheurs dus au seigle ergoté. Les exemples pourraient être multipliés; mais ceux-là suffisent. Terminons par l'étude suivante éminemment pratique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France

I

Paris, le 12 janvier 1886.

RÉUNION EXTRAORDINAIRE
du 18 mars 1886.

—

QUESTIONS A Y TRAITER

—

A Messieurs les Présidents et Secrétaires des Sociétés locales agrégées à l'Association générale.

TRÈS HONORÉ ET CHER CONFRÈRE,

Nous avons l'honneur de vous adresser, ci-jointe, une circulaire relative à l'élection du président de l'Association générale. Cette élection, vous le savez, doit se renouveler tous les cinq ans. A la précédente date du 20 mars 1881, le Conseil général a décidé que la prochaine aurait lieu le 18 mars 1886.

Toutes les Sociétés locales devront donc se réunir à cette date.

Afin de leur permettre d'utiliser le mieux possible cette réunion extraordinaire, nous aurons soin de vous faire parvenir, quelques jours à l'avance, les deux rapports préparés par les commissions spéciales auxquelles a été renvoyée l'étude des vœux pris en considération par l'assemblée générale de 1885, et qui ont pour objet, l'un le projet de création d'un Ordre du médecin, l'autre la question des déclarations de décès dans ses rapports avec le secret médical. Chaque Société aura ainsi le choix d'étudier complètement ces deux rapports avant la prochaine assemblée générale, qui aura lieu à Paris le 2 et le 3 mai 1886.

Nous devons encore appeler votre attention sur une question d'une grande importance :

A la suite de la confirmation, par la Cour de cassation, du jugement du tribunal de Domfront et de l'arrêt de la Cour de Caen, relatifs aux syndicats médicaux, plusieurs Sociétés locales ont exprimé le vœu que l'Association générale des médecins de France s'adressât au Parlement en vue d'obtenir que le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels, fût étendu aux membres des différentes professions libérales et notamment aux membres du corps médical.

Une demande d'intervention, dans le même sens, a été adressée au Conseil général par M. le président de l'Union des syndicats médicaux de France.

Au lieu d'agir par lui-même, le conseil a pensé que c'était à la prochaine assemblée générale de l'Association qu'il appartenait de se prononcer sur la conduite à tenir dans cette circonstance.

Il convient donc que chaque Société locale se prépare à faire connaître son opinion à cet égard, par le ou les délégués qui seront chargés de la représenter dans les séances des 2 et 3 mai 1886.

Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le président,
H. Roger.

Le secrétaire général,
A. Foville.

II

Paris, le 12 janvier 1886.

ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES

A Messieurs les Présidents et Secrétaires des Sociétés locales agrégées à l'Association générale.

Très honoré et cher Confrère,

La seconde période quinquennale de la présidence de M. le docteur Roger va expirer le 20 mars de l'année courante, et, vers cette date, il devra être procédé à une nouvelle élection présidentielle.

Nous avons l'honneur de remettre sous vos yeux la partie de l'article 9 de nos statuts, qui règle la procédure de cette élection. Elle est ainsi conçue :

« Le président est élu tous les cinq ans, par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de toutes les Sociétés agrégées.

« Les membres qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance pourront prendre part au vote, en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au président de leur Société locale.

« L'élection a lieu à la majorité relative des voix exprimées. »

Afin d'assurer l'exécution de cet article, le conseil général à décidé que l'élection du président serait fixée au jeudi 18 mars prochain.

En portant cette décision à votre connaissance, nous vous prions, Monsieur et très honoré Confrère, de vouloir bien vous concerter avec les autres membres du bureau de votre Société locale, pour veiller à ce que l'élection ait lieu à la date indiquée et pour en assurer la régularité. Le dépouillement des votes sera fait par les soins d'une commission spéciale que le conseil général a nommée dans sa séance du 8 courant et qui se compose de MM. Bergeron, Boutin et Martineau.

C'est au secrétaire de cette commission, M. le docteur Martineau, rue Cambon, n° 24, à Paris, que devront être adressés, le plus tôt possible, les procès-verbaux des élections de chacune des Sociétés locales composant l'Association. Chaque procès-verbal devra indiquer le total des votants et le nombre de voix obtenues par les différents candidats.

Nous terminons en vous rappelant que, d'après l'article 10 des statuts, le président en fonctions est toujours rééligible.

Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Au nom du conseil général,

Les Vice-Présidents de l'Association,
Cazeneuve, Bon Larrey, Ricord, Bouchacourt.

Le Secrétaire général,
A. Foville.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR L'ŒDÈME DU LARYNX (ŒDÈME DE LA GLOTTE), par M. J. CHARAZAC. Paris, 1885. O. Doin.

La première partie de ce mémoire démontre l'existence clinique de l'œdème aigu primitif du larynx. Cet œdème a été mis en doute par un certain nombre de laryngologistes; M. Charazac dément cette opinion au moyen de faits empruntés à diverses sources et recommande, comme moyens thérapeutiques, la médication antiphlogistique : sangsues au devant du cou, laxatifs, glace à l'intérieur et badigeonnages avec la solution suivante : acide phénique, VI à X gouttes; glycérine, 50 grammes; eau distillée, 350 grammes. Par contre, il évite les scarifications de la glotte et leur préfère les sangsues, et, dans le cas de symptômes dyspnéiques extrêmes, la trachéotomie.

La deuxième partie traite de l'œdème secondaire du larynx, et de ses caractères distinctifs dans la tuberculose, le cancer, la syphilis, l'herpès, le lupus et la lèpre. Ces chapitres intéressent la pathologie usuelle. Le mémoire de M. Charazac échappe au défaut habituel des travaux de ce genre, et la spécialisation en est tempérée par de sages considérations cliniques générales. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Calculs de la glande vulvo-vaginale. — M. A. Victoria SCOTT (de Philadelphie) rapporte le cas suivant : Une femme de 49 ans, mulâtresse, bien constituée, exerçant la profession de cuisinière, veuve depuis l'âge de 21 ans, ayant eu un enfant, bien réglée jusqu'à l'âge de 43 ans, époque où les règles disparurent. Trois mois après la ménopause, il se forma en dedans de la grande lèvre droite, au niveau de la commissure postérieure, un abcès qui s'ouvrit et d'où s'écoula une assez grande quantité de pus ; le même fait se produisit à gauche, et, depuis cette époque, la malade éprouva avec plus ou moins d'intensité de la gêne dans la marche, des douleurs dans les reins, les cuisses et les aines (principalement à droite). Cet état dura deux ans, avec des alternatives de mieux et de pire.

En juin 1885, on reconnaissait, au toucher vaginal, la présence de deux kystes communiquant avec la glande vulvo-vaginale et situés à 2 centimètres environ de l'orifice du vagin. En introduisant à la fois un doigt dans le rectum et un dans le vagin, on pouvait aisément reconnaître que chacun de ces kystes présentait un noyau central, dur, de la grosseur d'un pois. Lorsqu'on les ouvrit, on put en extraire deux petits calculs, blanchâtres, arrondis et lisses. Celui de droite avait environ 5 centimètres de diamètre et l'autre 3 centimètres. La malade perdit à peine une cuillerée de sang. On cautérisa à l'acide chromique, et, trois jours après, la malade disait ne s'être jamais si bien portée depuis six ans. Il persistait deux petites fistules.

D'après le docteur Robert. P. Harris, et comme le cas précédent semble le prouver, ces inflammations de la glande vulvo-vaginale sont dues à ce que la sécrétion des glandes de Bartholin a été entravée par un rétrécissement du canal excréteur, ou plutôt, comme semblerait le prouver le cas précédent, l'écoulement aurait été retenu par un kyste, formé aux dépens du parenchyme même de la glande, et ne correspondant pas avec le conduit naturel.

En général, le gonflement chez les jeunes femmes se produit, en dedans, le long de la grande lèvre, au niveau de la commissure antérieure, et, en dehors, au niveau du *sillon* vulvo-fémoral ; le kyste est alors situé, au dessous des grandes ou des petites lèvres. Dans le cas cité, au contraire, le gonflement avait débuté au niveau de la commissure postérieure, au dessus du canal excréteur de la glande et s'étendait le long de la paroi vaginale, où il venait s'ouvrir.

Pendant la période d'activité fonctionnelle, le conduit excréteur des glandes de Bartholin est à peine suffisant pour l'écoulement du liquide sécrété ; étant donnée la facilité

inflammatoire des tissus environnants, il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'un rétrécissement se produise. Ces glandes étant, en général, irrégulièrement développées, il est rare de les voir prises toutes deux à la fois ; cependant Huguier (de Paris) cite un cas de rétrécissement bilatéral.

En terminant V. Scott cite le cas d'une dame opérée également d'un calcul de la glande vulvo-vaginale et chez laquelle il était resté deux fistules permanentes, non opérables par suite de la grande vascularité des tissus environnants, qu'il conseilla de traiter par le chlorure de zinc. (*Americ. journ. med. sciences,* octobre 1885, p. 438.)

De la cocaïne dans les opérations sur les trajets fistuleux, par Barford. — Pour prévenir la douleur d'une opération de fistule anale, l'auteur appliquait des tampons de coton imbibés d'une solution de cocaïne saturée à 20 pour 100, et les laissait en contact avec la muqueuse durant un quart d'heure. Nulle douleur ne fut éprouvée par l'opéré, au moment de la section de la muqueuse. Il n'en fut pas de même quand le bistouri toucha la peau. De plus, l'écoulement sanguin fut peu abondant. (*The Lancet,* juin 1883, p. 1,033.) — C. L. D.

De l'hydrochlorate d'hydrastine en ophthalmologie, par Robert Sattla. — La solution de ce sel, en instillation dans le sac conjonctival, produit immédiatement une vive irritation de la muqueuse. De là, d'après l'observateur américain, son emploi comme agent thérapeutique pour provoquer une hypérémie, aider à la résorption des produits inflammatoires, par exemple, dans la conjonctivite granuleuse et la conjonctivite catarrhale chronique. On peut répéter les instillations deux ou trois fois par jour.

Ce sel s'obtient de l'hydrastis canadensis dont on connaît les applications thérapeutiques comme modificateur des diverses affections des muqueuses. — (*The Medical News,* 31 janvier 1885.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Rapport sur une observation intitulée : *Fracture du crâne, hémorrhagie, mort.* — Lipômes du mésentère. — Recherches cliniques et expérimentales sur les effets de la méthode de traction par les poids, extension continue, sur les articulations malades et la coxalgie tuberculeuse en particulier. — Présentations de malades : Hématocèle rétro-utérine ; — restauration de la face.

M. Nepveu lit un rapport sur une observation malheureusement incomplète de M. le docteur Guerlain (de Boulogne-sur-Mer), intitulée : *Fracture du crâne, hémorrhagie, mort.*

Conclusions : Remerciements à l'auteur, dépôt aux archives, inscription sur la liste des correspondants nationaux. (Adopté.)

— M. Terrillon fait une communication sur les *lipômes du mésentère.*

L'auteur rappelle en commençant, qu'il a présenté devant l'Académie de médecine, dans la séance du 6 octobre 1885, un vaste lipôme développé dans le mésentère au centre de la cavité abdominale et qu'il avait enlevé chez un homme de 36 ans ; il pesait cinquante-sept livres.

Au moment de la présentation, le malade avait survécu pendant quinze jours à cette opération ; l'état général était satisfaisant et M. Terrillon avait bon espoir de le guérir. Malheureusement une diarrhée incoërcible accompagnée d'un affaiblissement progressif amenèrent la mort au bout de trente-deux jours.

L'examen histologique montra d'une façon évidente que la tumeur était constituée par du lipôme prédominant, mais contenant des quantités de parties myxomateuses faciles à reconnaître. C'était un lipôme myxomateux en voie d'accroissement rapide.

L'autopsie fit reconnaître l'existence d'une péritonite chronique non purulente, mais

adhésive avec ascite et adhérence des intestins entre eux et la colonne vertébrale, avec absence du mésentère ; plus une entérite très marquée.

Comme les observations de lipômes du mésentère sont rares et peu connues, M. Terrillon croit devoir, — en s'aidant de sa propre observation et de quelques autres déjà publiées, en mettant en outre à contribution l'article *lipôme*, par Cornil, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay, et du *Traité des tumeurs abdominales* de Péan, — esquisser l'histoire de ces tumeurs.

La plupart des observations publiées se rapportent à des sujets du sexe féminin (dix femmes pour cinq hommes).

Le poids de ces lipômes est ordinairement considérable ; il varie de 8, 10, à 56, 57 et même 62 livres.

Leur développement est, en général, assez rapide, car le plus souvent, ils atteignent ce volume après deux ou trois ans à peine.

Ils naissent au devant ou sur le côté de la colonne lombaire et s'insinuent, en se portant en avant, entre les deux feuillets du mésentère qui leur forme une enveloppe en s'épaississant.

La masse des intestins est repoussée dans le flanc du côté opposé et bientôt sous les fausses côtes. Souvent la tumeur se met en contact plus ou moins intime avec l'intestin dans une certaine étendue ; de là vient la difficulté que l'on a de les séparer.

Dans un cas, il fut nécessaire de réséquer l'intestin. Chez le malade de M. Terrillon, la paroi intestinale fut endommagée pendant la dissection dans une certaine étendue.

Quelquefois la tumeur, en s'insinuant sous le péritoine latéral, repousse en avant le colon ascendant ou descendant, et contracte des adhérences avec cet intestin. Le gros intestin est alors en avant de la tumeur, ainsi que cela se constate dans les tumeurs du rein, ou bien il peut être refoulé du côté opposé, comme chez le malade de M. Terrillon.

L'ascite est rare.

La compression des organes abdominaux, par la présence de la tumeur dont l'augmentation est progressive, doit être la cause principale de l'amaigrissement rapide des malades et de la cachexie qui entraîne la mort au bout de quelques années.

Quant aux symptômes, ils ne diffèrent pas de ceux des tumeurs abdominales à marche chronique.

A la palpation, ces tumeurs donnent des signes de fausse fluctuation, et la tumeur, débordant souvent la partie supérieure du bassin semble avoir, chez les femmes, des connexions vagues avec l'utérus ou les organes voisins. Aussi, chez elles, les lipômes ont toujours été pris pour des kystes de l'ovaire.

Jusqu'à ce jour le diagnostic n'a pu être fait dans aucun cas, avant l'opération ou l'autopsie, ou bien il n'a été qu'approximatif.

Chez l'homme, on a pensé à des tumeurs variées. Dans son observation, M. Terrillon avait diagnostiqué une *tumeur solide non maligne de l'abdomen, probablement myxôme*, diagnostic basé sur l'absence de toute trace de substance dans la canule du trocart explorateur.

La consistance molle, simulant la fluctuation, a souvent engagé le chirurgien à pratiquer une ponction dans l'espoir de rencontrer un liquide quelconque. Mais, ordinairement, la ponction n'a rien donné, ou n'a donné que du sang en petite quantité.

La nature de la tumeur a varié dans certaines limites ; quelquefois elle était constituée par du lipôme pur, mais souvent, quand elle a été examinée au microscope, on a trouvé un mélange de myxôme et de lipôme. Une fois la graisse avait l'apparence du suif, il s'agissait d'un stéatome. Enfin, dans une observation de M. Péan, la masse subit partiellement la transformation calcaire ou osseuse.

Ordinairement constitué par des lobules plus ou moins volumineux séparés par des tractus fibreux, le lipôme est peu vasculaire dans son épaisseur ; mais ses connexions avec le mésentère sont remplies de gros vaisseaux qui rendent l'opération très pénible ; ils nécessitent l'emploi d'un grand nombre de pinces à forcipressure et de nombreuses ligatures au catgut.

L'ablation de ces tumeurs a toujours été difficile; on n'a pu les enlever qu'en les séparant de la coque mésentérique qui les enveloppait. Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de déchirer les vaisseaux lymphatiques et sanguins du mésentère dans une grande étendue et de dénuder les gros vaisseaux qui sont en avant de la colonne vertébrale; on peut se figurer alors quels sont les désordres qui résultent de l'opération.

La plaie anfractueuse laissée par la décortication avec ses lambeaux mésentériques est énorme et fournit une grande quantité de liquide. Aussi, dans la plupart des cas, pour diminuer la surface cruentée, il est nécessaire de réséquer les lambeaux les plus saillants ou de les rétrécir par des ligatures. On a essayé de drainer cette cavité, mais sans succès; presque toujours on a dû fermer l'abdomen complètement, comme à la suite de l'ovariotomie.

La mortalité est grande après l'ablation; elle paraît due principalement à la destruction des vaisseaux mésentériques qui rend très difficile l'absorption intestinale. On peut aussi expliquer la gravité de l'opération par les désordres nerveux résultant de la déchirure des nerfs du grand sympathique. Plusieurs malades sont morts peu après l'opération du *shock* traumatique ou d'épuisement, d'autres de péritonite aiguë, septique ou non. Enfin, quelques-uns ont eu une survie qui a varié de dix à trente jours et ont succombé à des accidents intestinaux rapides ou chroniques.

Sur huit opérations, il n'y a eu qu'un succès avéré. Les résultats sont donc peu encourageants, mais il y a lieu d'espérer que, dans l'avenir, le diagnostic devenant plus précis, on pourra opérer de meilleure heure ces lipômes avant qu'ils aient acquis un volume trop considérable, ce qui rendra les chances de guérison plus favorables.

— M. Lannelongue communique les résultats de ses « Recherches cliniques et expérimentales sur les effets de la méthode de traction par les poids, extention continue, sur les articulations malades et la coxalgie tuberculeuse en particulier. »

Bien qu'il soit établi, dit-il, que la priorité du principe et de l'application de la méthode de l'extension continue dans les affections articulaires doit être attribuée à Lesauvage, de Caen (1839), néanmoins c'est aux chirurgiens américains que revient le grand mérite d'avoir compris que cette méthode constitue l'élément capital du traitement de la coxalgie. Partant de ce fait que la douleur est due à la compression des surfaces et que l'affection est entretenue et aggravée par le frottement des os malades, ils cherchèrent, à l'aide de divers appareils, à réaliser sur le malade l'écartement du fémur et de la cavité cotyloïde.

Cette question de la séparation des surfaces articulaires, sous l'influence des tractions, diversement jugée par les auteurs, n'avait été jusqu'à ce jour expérimentalement étudiée que sur le cadavre avec des résultats variés. La mort d'un petit coxalgique à une période récente, cinq mois environ du début de l'affection, soumis antérieurement à l'extension continue pendant quarante-cinq jours, a permis à M. Lannelongue de procéder à une expérience qu'il considère comme décisive par les résultats obtenus.

L'enfant, agé de 4 ans, avait été soumis à l'extension continue depuis le 22 octobre 1885, avec un poids de 2 kilogrammes d'abord, puis de 3 kilogrammes.

L'appareil n'a été retiré que quatre jours avant sa mort, c'est-à-dire le 7 décembre. Deux jours auparavant, l'enfant, atteint de croup, avait subi l'opération de la trachéotomie; il succomba le 10 décembre à dix heures du matin.

L'expérience a été faite le 12 décembre par un temps de neige, le cadavre étant dans un état de conservation parfaite. Le bassin, séparé du tronc, a été cloué sur une planche; on a cloué à la fois le rachis et l'os iliaque avec de fortes pointes; de ce côté, l'adhérence à la planche était complète. La hanche était absolument libre et on pouvait faire exécuter au membre inférieur atteint quelques petits mouvements de flexion, d'extension et même de rotation en dehors. L'extension a été faite, comme sur le vivant, à l'aide d'une anse en diachylon appliquée sur la cuisse au-dessus des condyles fémoraux et maintenue en ce point ainsi que sur la jambe, mais plus modérément. Une corde portant 4 kilogrammes s'attachait à l'anse et s'engageait dans une poulie placée à l'extrémité inférieure de la planche.

L'expérience a commencé à dix heures et demie du matin sans qu'il y eut, sur le

©BIU Santé

cadavre, la moindre rigidité cadavérique, et elle a duré jusqu'à sept heures du soir, la pièce étant chauffée de 20 à 25 degrés en moyenne.

A sept heures du soir, sans cesser l'extention continue, on a procédé à la congélation du membre avec des mélanges réfrigérants composés de sel marin et de glace, et puis, d'acide chlorhydrique et de sel marin.

Le lendemain, à neuf heures du matin, le membre étant dur comme du bois et paraissant entièrement congelé. M. Lannelongue a fait une coupe à la scie dans l'axe approximatif du col fémoral. Cette coupe a été effectuée facilement et sans déranger les rapports des parties. Les résultats suivants en ont été immédiatement consignés.

On aperçoit tout de suite que les surfaces articulaires ne sont pas en contact en haut et au centre. Au centre, on peut mesurer 2 millimètres d'écart entre le cartilage de la tête et le cartilage de la cavité cotyloïde. En haut, il y a un demi-centimètre d'intervalle entre les mêmes surfaces. Au contraire, en bas, le cartilage de la tête et celui de la cavité sont en contact. De plus, en bas, on voit que la capsule est pressée et tendue entre la tête du fémur, tandis qu'en haut, l'intervalle existant entre les surfaces articulaires est rempli par une couche de fongosités molles qui ne font que combler le vide. En outre, la tête a subi un mouvement d'abaissement, attendu qu'il y a là près de la moitié de la surface de la tête qui est en dehors du cotyle, et que cette partie est arrondie tandis que la supérieure est aplatie.

En résumé, la tête fémorale a descendu et est séparée de la partie supérieure du cotyle par un intervalle important de plus d'un demi-centimètre; au centre, il existe un écartement de 2 millimètres; il n'y a de contact qu'en bas.

Cette expérience démontre que l'écartement des surfaces d'une articulation malade n'est pas un point de vue chimérique, mais un fait réel. Il importe seulement de faire remarquer que ce n'est pas l'expérience de la dernière heure qui a produit cet écartement, mais bien l'application de la méthode d'extension coutinue pendant les quarante-cinq jours qui ont précédé la mort. L'expérience après la mort n'a fait qu'assurer le résultat obtenu sur le vivant. De plus, il est essentiel de faire remarquer que la capsule, presque entièrement transformée en fongosités en avant, en arrière et en dehors, ne pouvait plus offrir de résistance à la traction exercée.

M. Desprès dit que la remarquable expérience de M. Lannelongue renverse l'opinion accréditée jusqu'à ce jour et d'après laquelle les surfaces articulaires ne pourraient s'écarter l'une de l'autre. Elle enseigne que l'extension continue, dans la coxalgie, ne doit être mise en usage qu'au début de l'affection, puisque, en définitive, il faut en venir à obtenir l'ankylose.

M. Verneuil est frappé de deux choses : l'extention ne peut créer le vide ou l'écartement que lorsque la cavité cotyloïde a été agrandie ou que la tête fémorale a été aplatie. Toutefois, l'extension continue peut remédier à la pression violente des surfaces articulaires, à la condition qu'elle soit bien faite, ce qui n'est pas toujours facile.

M. Verneuil trouve dans les résultats de l'expérience de M. Lannelongue l'explication d'un fait qu'il a eu récemment l'occasion d'observer. Appelé auprès d'un malade atteint de coxalgie grave, et ayant trouvé, après examen, un raccourcissement de 3 centimètres avec ascension du grand trochanter, M. Verneuil diagnostiqua une subluxation de la tête du fémur et proposa la résection. Grand fut son étonnement lorsque, ayant procédé à l'opération, il trouva la tête fémorale renfermée dans la cavité cotyloïde. Il s'opère donc, à une certaine période de la coxalgie, une déformation de la tête du fémur simulant une subluration. Désormais, un raccourcissement apparent, même de 3 centimètres, joint à l'ascension du grand trochanter ne suffira plus pour donner le droit de conclure à un déplacement de la tête fémorale.

M. Trélat rappelle que, dans la discussion sur la coxalgie qui eut lieu à la Société de chirurgie, il y a quelques années, il soutint l'opinion émise aujourd'hui par M. Verneuil, savoir que, dans un certain nombre de cas, la coxalgie peut devenir la cause de déformations osseuses portant sur la tête ou le col du fémur et susceptible de changer la position de l'os sans qu'il y ait pour cela luxation de la tête fémorale ; cette déforma-

tion survient seulement, à la longue, lorsqu'il y a eu transformation de l'ostéite tuberculeuse portant sur le fémur ou sur la cavité cotyloïde. Du reste, ce changement de forme des surfaces articulaires n'est pas incompatible avec la guérison.

— M. Pozzi présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès une opération destinée à l'évacuation d'une hématocèle rétro-utérine.

— M. le docteur Robert (du Val-de-Grâce) présente un jeune militaire auquel il a pratiqué diverses opérations d'autoplastie de la face, pour remédier à des délabrements produits par une tentative de suicide. — A. T.

VARIÉTÉS

Nous reproduisons sans commentaires, d'après le *Journal officiel* du 31 décembre 1885, un passage du décret relatif à l'organisation des Facultés et des Ecoles d'enseignement supérieur. Nous aurons peut-être un jour l'occasion d'y revenir et de l'apprécier :

... Titre V. — *Des professeurs et de l'enseignement.* — Art. 32. — L'enseignement est donné dans les Facultés et dans les Ecoles supérieures de pharmacie par des professeurs titulaires, des professeurs adjoints, des chargés de cours et des maîtres de conférences.

Art. 33. — Les professeurs titulaires sont nommés dans les formes prescrites par les décrets du 9 mars 1852, du 22 août 1854 et par la loi du 27 février 1880.

Les demandes de mutations de chaire dans une même Faculté sont soumises à l'avis du conseil de la Faculté et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique.

Sont également soumises aux conseils des Facultés intéressées et de la section permanente les demandes de permutation ou de transfert d'une Faculté à une autre.

Les titulaires des chaires nouvelles sont nommés directement, sans présentations, sur le rapport motivé du ministre...

Art. 35. — Les professeurs titulaires peuvent obtenir des congés renouvelables pendant cinq années consécutives au plus, pour cause de maladie ou à raison d'une délégation temporaire dans un service public étranger à l'instruction publique.

Ils conservent, dans le premier cas, la moitié de leur traitement, et dans le second, lorsque le service public dont ils sont chargés n'est pas valable pour la retraite, ils reçoivent un traitement d'inactivité de 100 francs.

Les professeurs titulaires peuvent, après avis du conseil de la Faculté ou Ecole, être dispensés des examens. Ils abandonnent, dans ce cas, le quart de leur traitement. Cette dispense ne peut être accordée que dans le cas où le service de la Faculté ne doit pas en être compromis et seulement au sixième des professeurs titulaires.

Les professeurs titulaires délégués ou nommés à d'autres fonctions dans l'instruction publique peuvent obtenir des congés et conserver tout ou partie de la portion de leur traitement de titulaire qui n'est pas appliquée à subvenir aux besoins de l'enseignement créés par leur absence.

Art. 36. — Les suppléances sont supprimées. Quand des congés accordés à des professeurs titulaires l'exigent, il est pourvu, après avis du conseil de la Faculté ou Ecole, aux besoins de l'enseignement au moyen de cours ou de conférences renouvelables chaque année.

Art. 37. — Lorsqu'une chaire devient sans titulaire, par suite de décès, démission, admission à la retraite ou révocation, il est pourvu, jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire, aux besoins de l'enseignement au moyen de cours ou de conférences renouvelables chaque année.

Art. 38. — Les titres des candidats aux fonctions de chargé de cours et de maître de conférences sont soumis à l'examen du comité consultatif de l'enseignement public (1re section).

Dans les Facultés de droit et de médecine, les cours et conférences sont confiés aux agrégés.

Art. 39. — Les professeurs titulaires ne peuvent être admis à la retraite, avant l'âge de 70 ans, que sur leur demande ou en cas d'impossibilité constatée de remplir leurs fonctions.

Les titulaires âgés de 70 ans peuvent être maintenus en exercice, hors cadre, après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique.

La chaire qu'ils occupaient peut être déclarée vacante après avis de la section permanente, qui apprécie les conséquences d'ordre scientifique qui peuvent résulter de cette mesure.

Ils conservent la totalité de leur traitement, s'ils continuent de prendre part à l'enseignement et aux examens; ils en conservent les trois quarts, s'ils participent seulement à l'enseignement.

Les dispositions qui précèdent ne sont applicables aux professeurs membres de l'Institut qu'à l'âge de 75 ans.

Art. 40. — Le titre de professeur adjoint peut être donné, par décret, sur la proposition du conseil de la Faculté, et après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, aux chargés de cours et maîtres de conférences, pourvus du grade de docteur, qui se sont distingués par leurs services.

Les professeurs adjoints sont assimilés, sauf pour les traitements et la présentation aux chaires vacantes, aux professeurs titulaires. Leur nombre ne peut excéder, dans chaque Faculté, le sixième des chaires magistrales.

Art. 41. — Le titre de professeur honoraire peut être conféré aux professeurs titulaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite...

Art. 44. — En cas de désordre, un cours ne peut être suspendu par le recteur qu'après avis du conseil général des Facultés. Il en est référé immédiatement au ministre.

Une Faculté ou Ecole ne peut être fermée temporairement, en cas de désordre grave, que par décision ministérielle. Pendant la durée de la fermeture, tous les actes relatifs aux études et aux examens sont suspendus, et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions ni subir d'examens dans aucune autre Faculté ou Ecole...

COURRIER

Faculté des sciences de Lyon. — M. Gourret, docteur ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Marseille est nommé maître de conférences de zoologie, en remplacement de M. Charbonnel-Salle, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Bousquet est institué suppléant des chaires de pathologie et de chimie chirurgicales et obstétricales.

Institut Pasteur a New-York. — On vient d'ouvrir à New-York, sous le nom d'*Institut Pasteur*, un établissement destiné à l'étude de la rage ainsi que de toutes les maladies susceptibles d'être guéries par les inoculations.

Traitement de la rage. — Il a été déposé au conseil municipal de Vienne une proposition appuyée par plusieurs conseillers municipaux et tendant à ce qu'il soit envoyé à Paris, et aux frais de la ville de Vienne, un médecin chargé d'étudier, auprès de M. Pasteur, le traitement appliqué à la rage par l'illustre savant. Cette proposition a été renvoyée à la commission sanitaire.

— M. Pasteur vient de recevoir de M. le comte de Laubespin une somme de 40,000 fr. pour l'aider à étendre le cercle de ses opérations en faveur des malheureux atteints de la rage.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. H. Stapfer : Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement ? — II. Bibliothèque : Histoire des plantes. — L'orrechio, le sue malattie e la loro cura. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Variétés. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement ? (1)

Par H. Stapfer, chef de clinique de la Faculté.

Conduite a tenir dans les cas où l'on est tenté de donner du seigle pendant l'accouchement ou l'avortement.

A. *Accouchement.* — Bien entendu nous ne parlerons pas des cas où l'on donne du seigle pour faire descendre une région fœtale inconnue. Cela est monstrueux. En obstétrique, il est interdit d'instituer un traitement ou d'intervenir par une opération sans avoir fait un diagnostic précis. Si le palper, l'auscultation, le toucher digital sont restés muets, on doit *attendre* que l'orifice utérin soit dilaté ou dilatable. Alors on pratique le toucher manuel, on introduit la main entière et on éclaire ainsi la situation. Il n'y a pas d'inconvénient à rompre la poche des eaux à ce moment puisque l'intervention immédiate est possible, la porte étant ouverte. Il y a même tout avantage dans le cas de présentation de l'épaule, car c'est le moment d'élection pour la version podalique par manœuvres internes.

C'est surtout dans le cas où la région fœtale n'avance pas que l'on est tenté de donner du seigle pendant l'accouchement. Cela semble logique. En doublant la force qui pousse le fœtus à travers la filière, on hâtera la terminaison. Une pareille conduite est condamnable parce qu'on expose les jours de l'enfant et ceux de la mère. Que faire alors?

Si la région fœtale, sommet, face ou siège, n'avance pas, la cause de ce retard étant diagnostiquée, on n'interviendra pas tant que l'orifice ne sera ni dilaté ni dilatable, c'est-à-dire *appliqué ou applicable sur le pourtour de l'excavation.* Quand la porte sera ouverte, on pratiquera telle ou telle opération, suivant les cas, dès que la santé de la mère ou celle de l'enfant seront exposées.

J'entends l'objection de quelques lecteurs : « Si la région fœtale, disent-ils, n'avance pas parce qu'il y a disproportion entre le bassin et le fœtus, évidemment l'ingestion du seigle est une mauvaise pratique; mais s'il s'agit d'une simple insuffisance des contractions, la tête étant bien engagée par son sommet, pourquoi ne pas éperonner légèrement l'utérus? »

Parce qu'on possède un instrument, le forceps, qui, bien appliqué, n'a pas les inconvénients graves de cette poudre fœticide (Tarnier), laquelle tue souvent aussi la mère. On a vu, après l'expulsion du fœtus, la porte de ces utérus *légèrement* éperonnés, se refermer, retenant le placenta, et ne plus se rouvrir.

Ce sont ces deux accidents, toujours les mêmes, *asphyxie possible du fœtus et rétention du placenta*, qui ont fait abandonner le seigle, dans un cas où la logique, mauvaise conseillère en clinique quand l'expérience ne la corrige pas, l'indiquait formellement. Je veux parler de la présentation du siège. On sait depuis longues années que, dans cette circonstance, l'en-

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

fant risque d'être étouffé au passage. Donner une petite dose de seigle quand le siège paraît à la vulve, c'est hâter l'expulsion, c'est maintenir, fléchis et pelotonnés, les divers segments du fœtus en appliquant sur eux la paroi utérine contractée. Quoi de plus logique en apparence? Malheureusement c'est pure théorie. La pratique a montré que le seigle augmentait les chances de mort de l'enfant au lieu de les diminuer, et exposait la mère qui, sans lui, n'est nullement exposée. La *puissance tétanique* du seigle entrave la circulation utéro-placentaire ; aux chances de mort par respiration prématurée, par compression du cordon, par décollement placentaire, s'ajoute donc celle d'asphyxie par défaut d'échanges entre la mère et le fœtus. De plus, l'orifice utérin se resserre dans certain cas sur le cou du fœtus, et cette puissante cravate musculaire, entravant son expulsion, lui laisse tout le temps de périr entre les mains de l'accoucheur qui le sent palpiter sous ses doigts et fait d'inutiles efforts pour vaincre une *résistance tétanique*.

Il y a peu d'années, on enseignait officiellement, à la clinique de la Faculté, que le seigle à faible dose était indiqué, si l'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne. On mettait ce conseil en pratique à la salle d'accouchements dès que le siège paraissait à la vulve. Aujourd'hui, il ne reste de cette manière de faire que des bulletins statistiques, éloquents témoins de ses inconvénients.

Lorsque l'enfant se présente par le siège, il faut *attendre*. La patience est, après la propreté, la première vertu de l'accoucheur. On interviendra seulement, si la mère ou l'enfant souffrent, par des tractions exercées *au moment où l'utérus se contracte*, sur les membres du fœtus, avec les mains, avec un doigt, avec un lacs, en dernier ressort avec un forceps, jamais avec un crochet si l'enfant est vivant.

Avec le défaut de progression de la région fœtale, deux cas peuvent inspirer, et ont souvent inspiré au praticien la malencontreuse idée de donner le seigle ergoté; ce sont l'hémorrhagie et la rétention du placenta. Étudions la conduite à tenir dans ces deux cas.

A. Hémorrhagie. — Elle survient *pendant le travail*, *pendant la délivrance*, *après la délivrance*.

a) *Hémorrhagie du travail*. — Le décollement du placenta en est la cause ordinaire. Lorsque la perte met en danger les jours de la femme, il importe de l'arrêter. Le praticien a deux moyens à sa disposition :

1° La rupture des membranes (Mauriceau et Puzos). — Elle a pour but de prévenir le décollement des cotylédons, qui ne seront plus tiraillés à chaque contraction par la tension de la poche des eaux.

2° Le tampon. — Pour faire un bon tampon, il faut 500 grammes d'un corps gras antiseptique et 500 grammes de charpie, ou mieux deux feuilles d'ouate fine. Cette dernière n'a pas l'origine douteuse de la charpie, et on se la procure facilement. Tout praticien de campagne devrait avoir, dans sa voiture, de l'ouate, de la vaseline boriquée et une liqueur-mère antiseptique, sublimé, ou bi-iodure de mercure.

Voici la formule que nous employons :

R. Bi-iodure de mercure.....	5	grammes.
Iodure de potassium.....	10	—
M. Eau distillée.....	200	—

Avec une demi-cuillerée à soupe de ce mélange, versé dans un litre d'eau, le médecin fabrique sur-le-champ une eau antiseptique qui lui sert à se nettoyer les mains et à faire tous les lavages et injections nécessaires.

La vaseline joue le rôle d'un excellent corps gras, parce qu'elle ne s'altère pas. L'acide borique incorporé est un antiseptique moins énergique que les sels de mercure; mais il a le grand avantage de s'altérer moins au contact des matières organiques, et surtout de ne pas irriter les parties avec lesquelles il est en contact. Or, un tampon est toujours irritant; il importe de ne pas y incorporer un produit qui le rendrait plus irritant encore. L'acide borique s'emploie à la dose de 3 grammes pour 100 grammes.

Le tamponnement décidé, on prépare vingt-cinq à trente boulettes d'ouate grosses comme une noix, et munies d'un fil solide de 30 centimètres de longueur environ. Les autres boulettes seront fabriquées pendant l'opération et introduites sans fil par-dessus les autres. Il en faut cinquante à soixante à peu près.

L'opérateur, cela va sans dire, n'aura pas touché la femme sans s'être soigneusement lavé dans un litre d'eau antiseptique qu'il fabriquera avec sa liqueur-mère. Voici comment il appliquera ce tampon :

Il ne faut pas de spéculum. Le rectum et la vessie étant vidés si cela est nécessaire, cette dernière avec une sonde propre et aseptique, la femme sera mise en travers du lit et une grande irrigation vaginale d'eau antiseptique sera faite.

Deux doigts seront introduits dans le vagin et placés derrière le col; on poussera, avec l'index de l'autre main, un premier bourdonnet d'ouate muni d'un fil au fond du vagin. Un second, puis un troisième suivront. On les disposera le mieux possible dans les culs-de-sacs. Au fur et à mesure, les fils seront tordus ensemble et relevés vers l'une des aines pour qu'ils ne s'embrouillent pas. Les bourdonnets sans fil seront alors poussés à fond. On remplira le vagin, qui doit être bourré jusqu'à ce que le périnée bombe comme si la tête du fœtus était à l'orifice vulvaire. *Tous les bourdonnets seront, avant d'être introduits, pétris et malaxés dans la vaseline boriquée au point de former une pâte molle. Le tampon est un mur cimenté, dont les bourdonnets sont les pierres et la vaseline le ciment. Si les pierres ou le ciment font défaut, le sang filtrera.*

Un bandage en T est indispensable. Il sera solidement fixé et garni d'ouate. Sa barre verticale maintient le tampon qui, sans lui, serait expulsé. Sa barre horizontale sera énergiquement serrée, si l'on avait préalablement rompu les membranes sans succès, car elle s'opposera à l'accumulation du sang dans la cavité utérine.

Le tampon doit rester en place jusqu'à ce que la femme ait eu le temps de refaire, à l'aide de rhum, d'eau-de-vie, de champagne, d'œufs crus, une quantité de sang suffisante pour supporter une nouvelle perte sans danger immédiat. Il est bon que ce temps ne dépasse pas huit à dix heures. Le tampon ôté, on en mettra un second, puis un troisième s'il y a lieu.

b) *Hémorrhagie pendant la délivrance.* — Saisissez le cordon d'une main; tendez-le; suivez avec votre autre main ce fil d'Ariane qui vous conduira sûrement à l'orifice interne de l'utérus, contracté en cul de poule. A ce moment, lâchez le cordon, empoignez avec la main, à travers la paroi abdominale, le fonds de l'utérus en l'abaissant vers l'excavation. Pénétrez dans l'organe, saisissez le placenta à pleine main et tirez-le dehors.

c) *Hémorrhagie après la délivrance.* — L'utérus est mou, donc le sang ne vient pas d'un vaisseau vaginal ou cervical rompu. Des caillots s'accumulent dans le vagin et dans l'utérus et le paralysent de plus en plus. Introduisez la main, faites l'extraction des caillots. En même temps, donnez du seigle ; *mais si vous avez à votre disposition l'attirail nécessaire, préférez les injections intra-utérines d'eau à 45 ou 48°. Elles font contracter énergiquement l'utérus sans le tétaniser.*

2° *Rétention du placenta.* — Si cet organe est engagé en partie dans le col, attendez et faites, toutes les heures, une injection antiseptique d'eau à 45°. Gardez-vous de tirer sur la portion engagée.

Si le placenta est resté tout entier dans l'utérus, introduisez la main avant que la porte ne se ferme, et faites l'extraction. La porte se ferme tard si l'utérus, à demi-paralysé par un travail prolongé, est inerte. Laissez-le se reposer et surveillez la porte. Elle se ferme tôt si l'utérus s'irrite contre un placenta adhérent et se contracte violemment pour chasser ce corps étranger. Cas rare, heureusement; mais le pire de tous. Il faut détacher avec l'extrémité des doigts ces adhérences ; on substitue, à la plaie nette du décollement physiologique, une plaie contuse. Opération dangereuse, par conséquent, mais non fatalement mortelle, tandis que la rétention du placenta équivaut le plus souvent à une condamnation à mort.

B. Avortement. — a) *Embryonnaire.* — C'est la fausse couche du deuxième au troisième mois. Elle est souvent, d'emblée ou progressivement, très sanglante. Repos absolu, tête basse. Ne donnez de seigle ni par dose massive, ni par dose fragmentée. Expectation armée. L'œuf n'est pas fatalement voué à l'expulsion. Il peut continuer à vivre. Faites prendre à la femme une cuillerée à bouche de champagne frappé ou de grog à l'eau-de-vie tous les quarts d'heure. Injections vaginales d'eau, si l'avortement est inévitable, à 45 ou 48° (maximum) toutes les heures. Moins actives que les injections intra-utérines, elles agissent cependant. Au besoin, tamponnez avec un tampon moins volumineux que celui qui a été décrit, mais de même sorte, sans perchlorure de fer.

b) *Fœtal.* — C'est la fausse couche du quatrième au cinquième mois. Elle se fait assez fréquemment en deux temps. Le fœtus est d'abord expulsé. Le placenta reste dans la cavité utérine pendant des heures, des semaines ou des mois. Dans ce dernier cas, il est adhérent et *vit, comme le gui sur le chêne, en parasite.* N'y touchez pas.

Lorsqu'il se décolle, une hémorrhagie se déclare. Même traitement que dans l'avortement embryonnaire, et attendez. Dans la rétention du placenta à terme, l'extraction est de règle. Dans la rétention de placenta de quatre à cinq mois, la non-extraction est de règle, parce que, dans ce dernier cas, l'orifice utérin se ramollit et se rouvre par un nouveau travail (ainsi s'explique l'expression fausse : couche en deux temps). Pourquoi n'en fait-il pas autant après l'accouchement à terme? Cela est inexpliqué.

Si l'orifice tarde à se rouvrir et si le placenta se putréfie, faites des injections intra-utérines.

Nous souhaitons que cet article soit mis à profit par ceux qui donnent le seigle hors de temps, mais..... le professeur Pajot fut appelé une fois, par un médecin, auprès d'une femme accouchée dont le placenta était retenu. Le seigle avait été administré. La femme mourut. Six mois plus tard, le

même professeur fut rappelé, par le même médecin, pour le même cas. Même résultat.

Nous entendons de nombreuses réclamations. On a donné le seigle dans tel cas ou dans tel autre, et on a réussi. Il a hâté des accouchements, arrêté des hémorrhagies sans retenir le placenta, il en a favorisé l'expulsion en maintes circonstances. Cela s'est vu, en effet, cela est possible; mais *qu'importe, si d'autres femmes en sont mortes?* On a vu des enfants de sept livres passer en deux heures dans des bassins de 7 centimètres. Faut-il donc conseiller aux femmes qui ont de tels bassins d'attendre avec confiance le terme de leur grossesse? Non. En bonne pratique, on ne doit pas aller à l'aventure, et « d'une arondelle il ne faut juger le printemps ».

En résumé : *ne donnez jamais le seigle pendant l'accouchement ou l'avortement.*

En cas d'hémorrhagie on peut en donner, SI L'UTÉRUS EST VIDE, *mais si l'on a les appareils, et l'expérience nécessaire, il est préférable de faire des injections d'eau antiseptique chaude à* 45 *ou* 48° (maximum). Nous avons promis une explication à ce sujet. La voici :

On n'est jamais certain que l'utérus soit tout à fait vide et il n'est pas rare de voir, après l'ingestion dite opportune du seigle ergoté, des septicémies plus ou moins graves, plus ou moins persistantes. Nous en avons déjà recueilli, pour notre part, plusieurs observations.

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DES PLANTES, par H. BAILLON, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome huitième. — Paris, 1886, librairie Hachette.

Ce huitième volume comprend l'histoire des six familles suivantes : COMPOSÉES, CAMPANULACÉES, CUCURBITACÉES, LOASACÉES, PASSIFLORACÉES, BÉGONIACÉES.

Nous avons indiqué, dans des articles antérieurs, la marche suivie par l'auteur de la belle publication dont le titre précède. Il peut ne pas être inutile de la rappeler ici très brièvement.

Les familles décrites sont presque toujours partagées en un certain nombre de séries ou tribus. Chaque série commence par l'étude approfondie d'un type principal. Des détails spéciaux, des indications historiques et bibliographiques, dont la lecture n'est pas indispensable à tout le monde, sont réunis dans des notes au bas des pages. Après la description des genres disposés en séries, l'auteur donne l'histoire sommaire de la famille étudiée, ses affinités, sa distribution géographique; il discute sa valeur et celle des caractères sur lesquels reposent les séries établies dans l'ensemble du groupe; il termine par l'*énumération des propriétés des plantes que le groupe renferme*. Pour les figures, les genres les plus importants ou les moins connus dans leur organisation, ceux surtout qui constituent des têtes de séries, sont représentés dans la plupart de leurs parties : port, inflorescence, fleur entière et coupée suivant sa longueur, organes sexuels, diagramme floral, fruit, graine et coupe de cette dernière, etc....

L'exécution magistrale de ce plan fait de l'*Histoire des plantes* de M. le professeur Baillon une des plus remarquables et des plus utiles publications de notre époque. Nous avons souligné une phrase qui montre jusqu'à quel point elle intéresse les médecins. Un livre sur la botanique s'adresse naturellement à tout le corps médical, puisque la connaissance de la botanique est une partie importante des connaissances nécessaires pour exercer l'art de guérir. Mais, au point de vue de l'exercice de cet art, ce sont surtout les propriétés des plantes qui importent. Or, rien n'est plus intéressant,

dans le livre de M. Baillon, que les chapitres consacrés à l'étude de ces propriétés. Dans ces chapitres, les renseignements abondent; il est difficile de concevoir quelque chose de plus complet, soit que l'auteur fasse connaître les propriétés alimentaires ou médicinales des plantes, soit qu'il signale leurs propriétés toxiques. Le médecin ne peut guère se dispenser de les lire et de les méditer.

L'*Histoire des plantes* est donnée ici par deux procédés également parfaits sous la plume et sous la direction de l'auteur, et qu'il a su associer de telle sorte qu'on ne conçoit guère l'un sans l'autre : nous voulons dire la description didactique et la représentation graphique. La première, très claire, est au niveau des connaissances actuelles; la seconde, charmante, est d'une exactitude et d'une netteté qui ne laissent rien à désirer.

En résumé, par la science qu'il renferme, par l'instruction qu'il donne, par sa beauté typographique (papier, caractères et dessins), le livre que nous annonçons se range parmi les livres recherchés, indispensables, s'imposant non seulement aux hommes qui étudient, mais encore aux amateurs éclairés de la botanique.

Dr G. Richelot père.

L'orecchio, le sue malattie e la loro cura (L'oreille, ses maladies et leur traitement), par le docteur Vittorio Grazzi, de Florence. (Extrait de la *Enciclopedia medica italiana.*)

Si l'otologie est restée longtemps l'une des parties les moins étudiées de la médecine, il n'en est plus de même aujourd'hui. L'élan vigoureux donné en Allemagne, dans ces vingt dernières années, aux études otiatriques, a gagné successivement les autres pays, et il n'en est pas un aujourd'hui, parmi ceux qui cultivent les sciences médicales, qui ne compte à son actif un certain nombre d'otologistes éminents, bien au courant des travaux de leur spécialité et apportant chaque jour de nouvelles contributions à l'étude des maladies d'oreille. Il semble que l'on tienne à rattraper le temps perdu, et la pathologie de l'oreille a maintenant largement sa place dans les grands ouvrages de médecine, où elle n'était que trop négligée il y a peu de temps encore.

L'Italie a été des premières à participer à ce mouvement en avant. Grazzi, de Rossi, Sapolini, Cerruti, Morpurgo, Giampetro, Songhi, Cozzolino, et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de citer, sont les représentants principaux du progrès que nous avons le plaisir de constater. Sans compter les nombreuses monographies de ces praticiens distingués, deux revues périodiques d'otologie se publient en Italie et nous montrent l'intérêt porté chez nos voisins à cette branche de la science, dont ils commencent, comme nous, à apprécier toute l'importance.

Le livre dont le titre est en tête de cet article, et que notre ami le docteur Vittorio Grazzi (de Florence) nous a fait la gracieuseté de nous adresser, fait partie de la grande encyclopédie italienne de médecine. Naturellement, ce n'est pas un traité complet d'otologie, mais ce n'est pas non plus un simple résumé des traités que nous possédons. L'auteur a su faire un travail original, bien au courant de la science actuelle et renfermant un grand nombre d'observations personnelles. Le savant directeur du *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso* avait déjà publié de nombreux mémoires relatifs aux maladies d'oreilles, entre autres : « L'Otorrhée, ses causes, ses effets et son traitement », une Etude clinique sur les perforations de la membrane du tympan, etc. On lui doit d'ingénieux perfectionnements aux instruments de chirurgie auriculaire et l'invention d'un petit appareil pour maintenir ouvertes les perforations de la membrane du tympan. Il était donc bien préparé à exposer, dans l'encyclopédie médicale, l'état actuel de la science. Aussi le travail de Grazzi sera lu avec intérêt, non seulement par les médecins praticiens, qui y trouveront les indications dont ils ont besoin, mais aussi par les spécialistes, auxquels il présente des vues originales, des observations nombreuses et intéressantes, prises dans la pratique de l'auteur.

Un ouvrage de ce genre ne souffre pas l'analyse. Aussi nous contenterons-nous de le signaler à nos confrères. Notons, en passant, un cas très curieux de lésion fonctionnelle des organes thoraciques, difficulté de respirer, etc., par action réflexe, à la suite de la

présence de corps étrangers dans l'oreille externe. L'extraction des masses accumulées dans le méat amena la guérison.

A propos des membranes tympaniques artificielles, l'auteur cite une expérience intéressante de Michael (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 8, 1882). Michael, ayant remarqué que les membranes tympaniques artificielles solides provoquent presque toujours des troubles, a imaginé de fermer l'ouverture pathologique de la manière suivante : il s'assura d'abord que la glycérine et le collodion versés dans un tube étroit ne se mêlent pas et que la dernière substance forme une pellicule à la surface du liquide dans l'intérieur du tube. Ayant à soigner un enfant atteint de perforation bilatérale de la membrane du tympan, et presque complétement sourd, il instilla, dans le conduit auditif, de la glycérine pure, constata que l'audition s'améliorait et mit la quantité nécessaire pour obtenir l'audition maxima. Ensuite, il versa par dessus du collodion, en faisant tenir la tête inclinée du côté opposé. Au bout de quelque temps, il s'était formé une membrane obturatrice artificielle qui se maintint intacte pendant une semaine. L'amélioration fut telle que le petit malade entendait la voix à quinze pas et la montre à 50 centimètres.

D'après Sapolini (de Milan), les impressions sonores seraient transmises au labyrinthe par la voie de la fenêtre ovale et non par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, comme on le croit généralement. Grazzi semble se ranger à l'avis de Sapolini. Cette opinion est bien difficile à concilier avec les faits. Sans vouloir traiter ici cette question à fond, ce qui demanderait de trop longs développements, nous ferons remarquer seulement que la membrane de la fenêtre ovale ne présente aucune des conditions qui font de la membrane du tympan un organe si propre à transmettre toute espèce de son. L'effet obtenu, dans un grand nombre de cas, par les membranes tympaniques artificielles parle d'ailleurs contre la thèse de l'auteur, car il ne peut tenir qu'à la transmission directe des ondes sonores à la base de l'étrier. Qu'en cas d'ankylose de l'étrier, on obtienne encore un certain degré de perception, en perforant la membrane du tympan et facilitant ainsi l'accès des ondes sonores vers la fenêtre ovale, cela prouve seulement que la membrane tympanique secondaire laisse passer une partie de ces ondes dans le liquide labyrinthique; mais jamais on n'obtient ainsi qu'une restitution très imparfaite de la faculté auditive.

Une dernière remarque, à propos d'une confusion signalée par l'auteur. On dit fréquemment le tympan pour la membrane du tympan. C'est là une expression impropre qui a passé du langage populaire dans les ouvrages scientifiques. Tympan ou tambour signifie l'ensemble de la membrane et de la cavité située derrière elle. Il faut donc dire membrane du tympan et caisse du tympan. C'est un peu long, et il serait préférable de n'avoir, comme les Allemands, qu'un seul mot pour désigner un organe dont le nom revient si souvent en otologie; mais, en attendant qu'un néologisme heureux nous vienne en aide, il faut nous résigner, comme les Anglais, à dire *membrana tympani*, ou membrane du tympan. Nous devons constater qu'après cette remarque, Grazzi tombe, lui-même, quelques pages plus loin, dans le défaut signalé. Dans notre traduction du traité de Politzer, il nous est arrivé à deux ou trois reprises d'employer le mot tympan pour caisse du tympan. La grave Revue de Hayem a relevé cette expression comme fautive. Évidemment, l'honorable rédacteur, qui d'ailleurs a parlé avec beaucoup de bienveillance de notre modeste travail, a cru que nous désignions par là la membrane du tympan.

Signalons, enfin, l'index bibliographique qui termine l'ouvrage, et ne comprend pas moins de trente colonnes de petit texte. Une large place y est donnée aux travaux français, auxquels l'auteur renvoie fréquemment dans le corps du livre. La bibliographie allemande et anglaise est moins complète. — Dr Joly (de Lyon).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend deux lettres de candidature de : M. Weber

pour la section de médecine vétérinaire, et de M. Lenoir (de Lille) pour la place de correspondant national.

M. Charcot dépose sur le bureau le premier fascicule des *Archives slaves de biologie* publiées par MM. M. Mendelssohn et Ch. Richet en français et en bon français, dit M. Charcot. Le savant présentateur ajoute que nous devons, nous Français, applaudir aux efforts sérieux qui sont faits en Europe pour se soustraire au joug dominateur de l'esprit et de la langue tudesques.

M. Panas, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, croit devoir faire quelques mots de réponse aux observations de M. Maurice Perrin. Contrairement à l'opinion de M. Perrin, M. Panas pense que les accidents d'ophthalmie purulente, à la suite de l'opération de la cataracte, sont loin d'être rares, quelle que soit, d'ailleurs, la méthode employée, et même après l'application des procédés ordinaires de la méthode antiseptique. M. Panas maintient donc la conclusion émise dans sa dernière communication, à savoir que le lavage intra-oculaire avec une solution de bi-iodure de mercure au 2 millièmes doit être considéré comme la cause de la disparition de ces accidents.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé national et d'un correspondant national.

Sur la liste des candidats à la place d'associé national, voici le classement adopté par la commission : en première ligne, M. Tholozan; en deuxième ligne, M. Lafosse (de Toulouse); en troisième ligne, M. Coze (de Nancy).

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31, M. Tholozan obtient 58 suffrages.

En conséquence, M. Tholozan, ayant obtenu la majorité, est proclamé associé national.

Il est procédé ensuite au scrutin pour l'élection d'un correspondant national. La commission propose : en première ligne, M. Mandon (de Limoges); en deuxième ligne, M. Picot (de Bordeaux); en troisième ligne, M. Queirel (de Marseille); en quatrième ligne, M. Arnould (de Lille); en cinquième ligne, M. Grasset (de Montpellier).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Arnould obtient 30 suffrages; M. Mandon, 13; M. Grasset, 10; M. Picot, 6; M. Queirel, 4.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 61, majorité 31, M. Arnould obtient 47 voix; M. Mandon, 7; M. Grasset, 6; M. Queirel, 1.

En conséquence, M. Arnould est proclamé correspondant national.

M. le Président déclare une vacance dans la section de pharmacie.

Il est procédé ensuite à des scrutins pour le renouvellement des commissions pour les correspondants nationaux. Sont nommés :

Première division. — MM. Sée (G.), Roger, Charcot, Laboulbène, Potain, Vulpian, Proust.

Deuxième division. — MM. Legouest, Verneuil, Lannelongue, Tarnier, Panas.

Quatrième division. — MM. Berthelot, Javal, Edwards (Milne), Bourgoin, Gariel.

Pour la section de médecine vétérinaire, constituée en commission d'élection, MM. Vulpian et Mathias Duval sont adjoints à MM. Colin, Goubaux et Leblanc.

M. A. Gautier continue et termine la lecture de son mémoire sur les ptomaïnes. Voici les conclusions de ce travail : A. Il se produit toujours, au cours de la putréfaction des tissus des animaux morts, un grand nombre de substances alcaloïdiques vénéneuses, aux dépens des matières albuminoïdes. Ces alcaloïdes sont ou bien exempts d'oxygène et volatils ou bien oxygénés. M. Gautier en a donné les premières analyses et montré que les plus importants par leur masse et leur constance appartiennent aux séries pyridiques et hydropyridiques.

On n'est pas encore fixé sur la valeur des alcaloïdes à plusieurs atomes d'azote. On ne connaît pas davantage celle des alcaloïdes oxygénés, excepté la névrine et la muscarine.

Depuis longtemps, M. Gautier a dit que les alcaloïdes de la putréfaction varient suivant la nature du terrain où on les cultive. MM. Brouardel et Boutmy ont pensé qu'ils

variaient aussi avec l'époque depuis laquelle a commencé la fermentation bactérienne. M. Gautier a observé, en outre, que, quelle que soit la nature du terrain (chairs de mammifères, poissons, mollusques, etc.), les composés hydropyridiques et spécialement l'hydrocollidine se retrouvent d'une manière constante et paraissent être les produits alcalins des bactéries qui ont le plus de vitalité et étouffent toutes les autres.

B. *Leucomaïnes.* Généralisant ses recherches, M. Gautier a annoncé en 1881 qu'il apparaissait, d'une façon constante, dans les excrétions fournies par les animaux vivants et en santé, des corps de la nature des ptomaïnes. Il a montré que les alcaloïdes de l'urine de Liebricht et de Pouchet devaient être rangés à côté des alcaloïdes de la putréfaction alors connus; il a signalé des alcaloïdes semblables dans la salive et les venins et leur a donné le nom de leucomaïnes pour les distinguer des alcaloïdes cadavériques.

M. Gautier a indiqué, dans un mémoire publié en 1881, l'importance que lui paraissaient avoir ces leucomaïnes au point de vue de la genèse des maladies, alors que leur élimination par les reins, la peau ou la muqueuse intestinale devient insuffisante.

Dans le but de confirmer ces constatations préliminaires, il a repris l'étude du suc musculaire des grands animaux, et il en a retiré cinq alcaloïdes nouveaux parfaitement définis et cristallisés, doués d'une action plus ou moins puissante sur les centres nerveux, produisant la somnolence, la fatigue et quelques-uns les vomissements et la purgation, à la façon des alcaloïdes des venins, mais moins actifs que les alcaloïdes cadavériques. Il a montré que ces bases prennent naissance durant la vie, au même titre que l'acide carbonique et l'urée.

Il lui reste à dire maintenant par quel mécanisme se produisent ces alcaloïdes, qu'ils soient engendrés par la putréfaction, physiologiques ou pathologiques; quelle est la conséquence de leur formation incessante dans l'économie; ce qu'ils deviennent et comment nous pouvons échapper à leurs effets.

Grâce à la respiration et à la circulation du sang, l'oxygène semble pénétrer partout dans l'organisme animal; il ne s'ensuit cependant pas que la vie animale, c'est-à-dire les phénomènes successifs d'assimilation et de désassimilation des tissus soit essentiellement aérobie.

Les transformations des tissus animaux supérieurs sont au contraire anaérobies dans une notable proportion. Le premier, M. Gautier a donné la démonstration expérimentale de cette proposition.

Il a montré par l'analyse que les quatre cinquièmes environ de nos combustions internes sont de véritables fermentations aérobies, comparables à l'oxydation de l'alcool sous l'influence du *mycoderma vini* ou *aceti*, et qu'un cinquième de ces combustions désassimilatrices se produit aux dépens des tissus eux-mêmes sans nul recours à l'oxygène étranger, en un mot, que cette partie des tissus *vit à la façon des ferments* anaérobies ou putrides.

Si donc la vie intime de cette partie des cellules animales groupées en tissus et vivant sans oxygène emprunté à l'air, est semblable, par la façon dont elle assimile et désassimile la matière organique, à la vie des ferments bactériens, nous devons dans nos produits d'excrétion, observer ces substances mêmes qu'on retrouve dans les fermentations anaérobies des albuminoïdes, c'est-à-dire dans les fermentations putrides. Nous retrouvons, en effet, dans nos excrétions normales, et presque exclusivement, l'ensemble des produits de la putréfaction proprement dite, savoir : l'acide carbonique et l'ammoniaque en partie libre, en partie à l'état de sels; le phénol, l'indol, le scatol de nos excréments et de nos urines; les acides acétique, butyrique et les autres acides gras supérieurs; les acides lactique, succinique, phényl acétique et phényl propionique de nos muscles, de nos glandes, de nos urines; la xanthine et la sarcine des muscles et des urines signalées aussi dans les putréfactions; l'azote, les gaz phosphorés et sulfurés, l'hydrogène du tube digestif; l'identité est presque complète, et comment, dès lors, ne pas s'attendre à trouver dans les urines, dans les sécrétions de nos glandes, dans les sucs musculaires, le sang, etc., ces alcaloïdes toxiques dont l'histoire fait le sujet de ce mémoire ?

M. Gautier les a caractérisés, en effet, d'abord dans les urines, la salive, les venins, diverses sécrétions glandulaires; il les a particulièrement étudiés dans le muscle. Ils

existent dans le sang où ils paraissent s'accumuler dès que, pour des raisons diverses la peau, les reins, le tube digestif ne les éliminent plus. C'est alors qu'agissant sur les centres nerveux, ils donnent lieu à une série de phénomènes d'ordre pathologique qui se déroulent, se succèdent nécessairement et dont l'ensemble contribue à former le tableau de chaque maladie.

Nous résistons à cette incessante auto-infection par deux mécanismes distincts : l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène. L'élimination par les reins est évidente. M. Gautier a toujours retrouvé dans les urines normales une petite proportion de ptomaïnes, quantité très faible, mais qui augmente et devient considérable dans quelques cas pathologiques, ainsi que l'a montré M. Bouchard pour les maladies infectieuses, en particulier pour la fièvre typhoïde, et, comme vient aussi de l'observer M. Pouchet pour quelques maladies cérébrales sans fièvre; on avait observé déja l'augmentation notable de la créatinine au cours de l'urémie.

L'élimination par le tube digestif semble à M. Gautier tout aussi certaine, quoiqu'ici le problème soit plus complexe, qu'une partie des alcaloïdes de l'intestin soit certainement due à la fermentation bactérienne des aliments ingérés, et qu'ils puissent, dans quelques cas, passer inversement dans le sang ainsi que le pense M. Bouchard.

Mais un moyen plus puissant peut-être que l'élimination de ces bases fait résister l'économie à l'auto-infection. C'est leur combustion incessante par l'oxygène du sang. La plupart de ces poisons, en effet, sont fort oxydables, et c'est par l'influence vivifiante et sans cesse renouvelée de l'oxygène qu'ils se brûlent et disparaissent, du moins en grande partie. Aussi, à l'état normal, ne retrouvons-nous qu'une minime proportion des leucomaïnes musculaires dans les urines. Elles ont été brûlées dans le torrent circulatoire et déjà peut-être dans les tissus.

Mais, qu'une cause quelconque diminue l'accès de l'air jusqu'au sang, que la quantité d'hémoglobine décroisse, comme dans la chlorose ou l'anémie, ou que l'on introduise dans le sang des substances entraînant l'hématose, et l'on verra aussitôt s'accumuler les substances azotées de la nature des ptomaïnes ou des leucomaïnes.

Sur ce point, peu de recherches ont été faites à cette heure, mais cette théorie n'explique-t-elle pas déjà les troubles nerveux de la chlorose, de l'anémie, de la grossesse, et cette bienfaisante influence des respirations d'oxygène, le seul moyen jusqu'ici connu de combattre efficacement ces vomissements incoercibles que provoque sans doute la rétention dans le sang d'un poison mal éliminé ou incomplétement brûlé? N'est-il pas permis de se demander encore si la fièvre elle-même, qui coïncide avec une consommation minimum d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle dans l'acide carbonique éliminé et l'oxygène consommé, enfin avec une circulation plus rapide, n'aurait pas pour conséquence la destruction du poison qui s'est formé ou se forme surabondamment dans l'économie ?

Quoi qu'il en soit, qu'il nous suffise ici d'avoir indiqué, sans en déduire toutes les conséquences physiologiques et thérapeutiques, l'action bienfaisante des agents qui excitent les fonctions des reins, de la peau et des muqueuses intestinales, et plus encore peut-être la puissante désinfection de l'économie par tout ce qui active la respiration et l'hématose.

Quelque actifs que soient ces poisons, il existe à côté d'eux des substances azotées non alcaloïdiques qui les accompagnent et sont douées d'une activité bien autrement grande. Le poison septique de Panum ne contient pas ou fort peu d'alcaloïdes; les matières azotées extractives et incristallisables des urines sont extrêmement toxiques; enfin, M. Gautier s'est assuré que la partie essentielle du venin des ophidiens était azotée, mais non alcaloïdique. Ces substances, bien autrement importantes en quantité que les ptomaïnes et les leucomaïnes, oxydables et azotées comme elles, méritent qu'on les étudie de près. Leur jour viendra, et M. Gautier a la ferme conviction que leur étude sera l'une des plus fécondes qui soit réservée à la médecine de l'avenir. (Applaudissements.)

— M. Polaillon lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Vaslin (d'Angers), intitulé : *Contribution à l'étude de la thoracoplastie, ou empyème chronique traité et guéri*

par la résection costale, l'abrasion et le drainage. M. le rapporteur propose, en terminant : 1° d'adresser des remerciements à M. Vaslin ; 2° de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

LES INSTITUTIONS SANITAIRES ET L'HYGIÈNE PUBLIQUE DANS LA VILLE DU HAVRE.

Les administrateurs de la ville du Havre sont gens d'initiative. Trois documents récents permettent d'apprécier leur activité. L'un, en forme de brochure officielle, expose les *opérations du bureau municipal d'hygiène* pendant l'année 1884. Ce rapport du savant directeur de ce bureau confirme l'excellence d'une organisation dont, l'année dernière, l'*Union médicale* signalait l'importance.

Le second concerne la *réglementation du laboratoire municipal d'analyses,* indispensable annexe de tout bureau municipal d'hygiène. Cet établissement, de récente création, fonctionne à l'instar du laboratoire de la préfecture de police. Il est inutile d'insister sur les services qu'il rendra dans l'un des principaux ports d'importation des substances alimentaires et de matières premières industrielles.

Le troisième document a pour auteur M. Siegfried, maire de la ville, dont on connaît le zèle pour doter la cité d'institutions sanitaires dignes d'elle. Sous le titre de *projet d'assainissement,* cet habile magistrat municipal, qui est aussi un hygiéniste, expose, en les discutant, les divers systèmes proposés pour exonérer la ville du Havre des produits résiduaires qui l'infectent : eaux ménagères, immondices, matières fécales, etc. Il repousse le système Berlier, parce que, coûteux et compliqué, il nécessite l'emploi d'un appareil récepteur retenant longtemps les matières avant leur départ dans la canalisation générale. Le système Tachus et Farget n'obtient pas non plus faveur, parce qu'il n'assure pas l'écoulement immédiat et continu des eaux polluées et les retient provisoirement dans un réservoir spécial jusqu'à ce qu'un éjecteur à air comprimé les projette dans le collecteur général.

L'élévation de la dépense lui fait repousser le système du « tout à l'égout » ; par contre, il accepte plus volontiers celui de M. Desmons, et surtout le système Warning, modifié par M. Poulzen, dont la double canalisation assure l'écoulement rapide, d'une part, des eaux de pluie ; d'autre part, des eaux polluées. Ce système fonctionne heureusement dans plusieurs grandes villes américaines ; il a donc en sa faveur la sanction de l'expérience et, de plus, avantage incontestable, il me semble, oblige les municipalités à distribuer l'eau plus libéralement.

En terminant, notons encore un projet, essentiellement pratique, de M. Siegfried, qui propose de distribuer quotidiennement, à chaque ménage, dix litres d'eau par habitant. Pendant qu'ailleurs, on discute, on hésite, on tergiverse, les conseillers municipaux havrais agissent. Il n'est pas inutile de signaler leur activité aux édiles de cités plus grandes, sinon mieux administrées. — Ch. E.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ULCÈRE PERFORANT DE LA CORNÉE. — Guaita.

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 07 à 0 gr. 10 centigr.
Acide borique pulv.....	0 — 50 centigr.
Vaseline anglaise.....	10 —

F. s. a. une pommade, avec laquelle on fera un pansement par jour, dans le cas d'ulcère perforant de la cornée. — Lavage et spray boriqués, bandage salicylique sec. — A l'aide de ces moyens locaux combinés, on a des chances d'arrêter le processus

suppuratif, de prévenir la suppuration de la cornée, et d'en enrayer les ravages si elle est déjà déclarée. — La photophobie se calme à la suite de l'application de l'ésérine et du bandage, et, s'il existe de l'hypopion, le pus est résorbé sans qu'il soit nécessaire de recourir à la paracenthèse.

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.

— D'après le rapport de M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, le nombre des étudiantes en médecine s'élève aujourd'hui à 103, dont 76 russes et 8 françaises, ces dernières seules pourvues des deux diplômes du baccalauréat. Depuis sept ans, on n'a délivré que 18 diplômes de doctoresse.

— Les femmes médecins exerçant à Paris sont au nombre de 9. En tête, Mme Madeleine Brès, la première en date, celle qui a ouvert le temple : elle a été reçue docteur en 1875; Mlle Clarisse Danel, officier de santé de 1876; Mme Bouchier, docteur en médecine de 1878; Mlle Verneuil, spécialiste pour les maladies du cerveau, docteur en médecine de 1879; Mme Rosa Perrée, docteur en médecine de 1881; Mmes Benoît et Berline, docteurs en médecine de 1883; Mmes Inès Gâche-Sarraute et Olga Kraft, reçues en 1884.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 16 janvier 1886, M. Ballay, ancien médecin de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nadaud (d'Angoulême), et de M. le docteur Petitbien (Louis-Eugène), médecin aide-major à l'Hôpital militaire de Marseille.

UNE GRÈVE D'ÉTUDIANTS. — Les étudiants en médecine de l'Université de Bruxelles se sont mis depuis quelque temps en grève, et il paraîtrait que leur rentrée n'est pas près de se faire. Ils ont pris fait et cause pour leurs professeurs de clinique que l'administration des hospices a simplement renvoyés pour leur substituer des hommes de son choix. Ce conflit entre l'administration des hospices et le corps enseignant est des plus regrettables à tous les points de vue.

« L'Université de Bruxelles, nous écrit un honorable correspondant de cette ville, est un établissement libre dans lequel l'Etat n'a rien à voir. Ce qui se passe actuellement prouve que cet enseignement libre est impossible et que la tutelle de l'Etat est absolument nécessaire à l'enseignement supérieur, non pour le régenter, mais le soutenir contre les prétentions d'administrations incompétentes, guidées uniquement par des visées personnelles et par le désir de prouver leur autorité et leur omnipotence. »

Nous reproduisons ce passage pour montrer l'état des esprits chez nos voisins de Belgique. (*Gaz. médicale.*)

CONFÉRENCE. — M. le docteur Georges fera une conférence sur l'*Hygiène du vêtement*, dimanche prochain 24 janvier, à deux heures et demie très précises, au Conservatoire des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 23 janvier 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Dubrisay : Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Lediberder, de Lorient. — 2. M. Dehenne : Sarcome de la choroïde. — 3. M. Antonin Martin : Observation de fièvre intermittente hépatique.

On demande **un médecin** pour la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : De l'hopéine, de ses propriétés hypnotiques et de son emploi clinique. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — III. Courrier. — VI. Feuilleton : Comment les erreurs se glissent dans les biographies. — Qu'est devenu le Congrès de Washington, annoncé pour 1887?

De l'hopéine, de ses propriétés hypnotiques et de son emploi clinique

(Travail du laboratoire de Recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat)

Par le docteur Ch. Eloy.

L'hopéine n'a encore été l'objet que de rares travaux. J'ai eu dernièrement dans ce journal, l'occasion d'en faire une analyse critique et d'apprécier les recherches très incomplètes dont cette substance venait d'être le sujet (1).

Cependant, avant de célébrer les mérites dont l'honorent ses premiers patrons et de l'admettre dans le formulaire habituel du praticien, il fallait en contrôler les vertus et en fixer les indications. Telle est la raison des épreuves auxquelles nous l'avons soumise au laboratoire de Recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat.

L'hopéine, actuellement dans les officines parisiennes, a les apparences d'un corps jaune-brunâtre, cristallin et pulvérulent. Elle diffère donc physiquement, du moins, de l'hopéine en cristaux aiguillés et blancs dont parlent les observateurs étrangers. Néanmoins, cette hopéine provient aussi de houblons américains d'où elle est extraite au moyen des procédés que ces mêmes observateurs mentionnent dans leurs écrits. Ce point est d'importance parce qu'il explique l'élévation des doses qui ont été nécessaires pour provoquer des phénomènes physiologiques et des effets thérapeutiques.

Cette substance se dissout en partie seulement dans l'eau, et, par la filtration, sa solution aqueuse abandonne un résidu grisâtre abondant. Par contre, elle est presque totalement soluble dans un mélange de deux parties d'alcool à 90 degrés et de trois parties d'eau. Cette solution hydro-alcoolique, d'aspect opalin et de saveur amère, est celle que, de préférence, j'ai administrée, par la voie hypodermique, au lapin et au cobaye.

1° Action physiologique. — Aux doses d'un demi-milligramme successivement répé-

(1) *Union médicale*, 29 octobre 1885, p. 711, n° 149.

FEUILLETON

Comment les erreurs se glissent dans les biographies. — Qu'est devenu le Congrès de Washington, annoncé pour 1887 ?

Ceux qui n'ont jamais écrit la biographie d'un homme célèbre, ne peuvent se rendre compte des difficultés qu'on éprouve à être éclairé sur les particularités importantes de son existence, ni de la facilité avec laquelle on tombe dans l'erreur à son égard. Cela tient évidemment à ce qu'au moment de la mort tout le monde est pressé de publier cette biographie, et que ces articles hâtifs, qui renferment forcément des lacunes, des assertions douteuses et des erreurs, servent plus tard de base à d'autres qui reproduisent scrupuleusement toutes les imperfections.

Les articles relatifs à Dechambre n'ont pas échappé à cette fâcheuse destinée, et, comme péché confessé est à moitié pardonné, je viens confesser humblement les fautes que contient celui que j'ai fait insérer dans l'*Union*.

J'ai d'abord dit, après d'autres, que M. Dechambre était fils d'un médecin de Sens, mort victime du devoir professionnel dans une épidémie de typhus. M. Dechambre père est peut-être mort du typhus, peut-être l'avait-il contracté en portant secours à des malades, mais il n'était pas médecin; il était employé à la préfecture, ou plutôt à la sous-préfecture de Sens.

tées de dix minutes en dix minutes jusqu'à la quantité totale de 2 milligrammes, cette *solution aqueuse d'hopéine* provoque chez le cobaye un faible engourdissement et une diminution peu marquée de l'activité musculaire. Cet effet est long à se manifester, débute trois quarts d'heure ou une heure après les injections hypodermiques et dure six à sept heures, pendant lesquelles l'animal pelotonné sur lui-même perd la vivacité de ses mouvements.

En portant à 3 milligrammes 1/2 la dose d'hopéine ainsi dissoute, j'ai obtenu sur le lapin des résultats aussi incomplets. La solution aqueuse d'hopéine ne possède donc qu'une faible puissance physiologique et n'est guère susceptible d'un emploi thérapeutique sous la forme d'injections sous-cutanées.

Plus active est la *solution hydro-alcoolique*. En injectant, en une ou deux fois, 1 milligramme d'hopéine sous la peau des cobayes, les perturbations de la motilité étaient fort nettes et débutaient huit à dix minutes après l'administration de la première dose.

Elles consistaient d'abord dans l'exagération des mouvements et une véritable agitation pendant lesquelles l'animal se promenait avec vivacité. Il traversait alors une *période d'excitation* de quelques minutes.

Puis, l'expérience entrait dans une autre phase : la *période de torpeur*, débutant quinze, vingt ou vingt-cinq minutes après la première injection, et se caractérisant par le tremblement, l'affaiblissement de la voix et une impotence réelle des mouvements. Ce dernier phénomène commence par les segments inférieurs des quatre membres, s'étend à la plupart de leurs muscles et aboutit, finalement, à une sorte d'état parétique des extrémités. Abandonné à lui-même, le cobaye laisse aller la tête, se pelotonne, tombe parfois sur le flanc, chancelle en marchant ou roule sur le côté. Ce roulement a été noté dans toutes mes expériences.

A côté de cette déséquilibration des mouvements, l'intégrité de la sensibilité est absolue. L'excitation, par le pincement ou la piqûre, est-elle très douloureuse, — l'animal pousse un faible cri, semble se réveiller, assez lentement d'ailleurs, essaye des efforts pour se dégager, chancelle et tombe de nouveau dans la torpeur.

Durant cette période, la respiration perd parfois de sa fréquence. C'est ainsi que, dans une expérience, le nombre des mouvements respiratoires s'atténua dans le rapport de 9 à 8, et que ce ralentissement persista autant que la phase de torpeur. L'activité des sécrétions paraît s'amoindrir. En effet, l'absence de miction et de défécation a été notée chez tous les animaux. De plus, la température rectale n'a pas subi

---

Seconde erreur : J'ai dit que M. Dechambre avait été admis à l'Académie le premier comme journaliste, et que M. A. Latour y était entré après lui. Or, M. A. Latour a été élu membre associé libre, le 15 mars 1870, et M. Dechambre le 30 mars 1875.

Ces deux erreurs ont déjà eu des conséquences qui m'ont appris comment se développaient certaines imperfections de notre littérature. Pensant que M. Dechambre père était mort victime de son dévouement professionnel, et sachant combien de tout temps M. Dechambre fils avait été dévoué aux intérêts de notre profession, j'en ai conclu « qu'il n'avait pas failli à une si noble origine ». Cette erreur n'enlève rien au mérite de notre regretté confrère, au contraire, puisque ce dévouement, au lieu d'être héréditaire, a pris naissance en lui ; mais ma phrase était de trop ; c'était une de ces phrases que M. Dechambre aimait tant à effacer des articles de ses collaborateurs, sous prétexte qu'elles ne disent rien. En quoi il avait bien raison. J'en dirai autant de la seconde erreur, qui m'a aussi inspiré une belle phrase tout aussi inutile que la première.

Mais cette seconde erreur m'a valu, par contre, une rectification très spirituelle.

« Cher Monsieur, m'écrit-on, *errare humanum est*... Vous dites en parlant de M. Dechambre, qu'après lui l'Académie fit à l'*Union médicale* l'honneur de le recevoir parmi ses membres. Or, M. Dechambre a été élu en 1875 et M. Latour en 1871. — *Perseverare diabolicum*. — »

La preuve que je n'ai rien de diabolique, c'est que je fais acte d'humilité grande en confessant publiquement mes péchés, tandis que Satan, comme chacun sait, perdit son titre d'ange à cause de son orgueil. Aussi je ne persévère pas dans mon erreur. Mais

de modifications, et, dans aucun des cas, je n'ai observé la dilatation pupillaire dont parlent les premiers observateurs.

Le lapin paraît moins sensible à l'action de l'hopéine. La période de torpeur ne débute chez cet animal qu'une heure ou une heure et demie après l'introduction de cette substance sous la peau. Malgré l'élévation de la dose jusqu'à 5 milligrammes et demi, de substance active, l'engourdissement musculaire était moins complet que chez le cobaye.

Sept ou huit heures plus tard, l'animal en expérience entre dans la *période de réveil*. L'engourdissement cesse, et aucun trouble n'accompagne le retour de l'activité musculaire. Ce passage de l'état de torpeur à l'état de veille est donc remarquable par l'absence de phénomènes particuliers.

La *toxicité* de l'hopéine est faible aux doses physiologiques. Tous ces animaux survivent à l'exception d'un cobaye, qui traversa les périodes d'excitation, de torpeur et de réveil, mais succomba le lendemain à une perforation stomacale. La muqueuse de ce viscère était aussi le siège de petites ulcérations et d'ecchymoses multiples.

Ainsi donc, la solution hydro-alcoolique d'hopéine possède des propriétés hypnotiques, provoque la torpeur et met les animaux dans l'engourdissement pendant un temps qui varie de sept à huit heures.

2° Action thérapeutique. — M. Henri Huchard, qui poursuit l'étude des médicaments hypnotiques, a institué une série d'essais cliniques sur les malades de son service de l'hôpital Bichat. Il nous communique les résultats suivants qui ont été obtenus au moyen de pilules d'hopéine. Ces essais portent sur des individus atteints d'affections diverses, auxquels il prescrivait le médicament aux doses de 15 à 20 milligrammes, en une ou en deux fois.

Trois malades, deux femmes et un homme, étaient tuberculeux; les deux premières au deuxième degré, le second au troisième. Ces femmes (salle Récamier, n° 10 et n° 20) éprouvaient de l'insomnie causée chez l'une par la toux, chez l'autre par le nervosisme. Toutes deux eurent un sommeil calme qui commença une heure après l'ingestion de 20 milligrammes d'hopéine, ou bien deux heures après en avoir pris 15 milligrammes.

Avec des doses moindres, le résultat fut nul. La durée du sommeil ainsi provoqué varia entre huit et douze heures. Il en fut de même pour le troisième malade, qui, atteint de phthisie à marche rapide, occupe le lit n° 4 de la salle Andral.

Dans un cas de maladie de Hogdson (salle Andral, n° 9), où les accès d'oppression

---

mon aimable correspondant voulait, sans doute, me faire tomber dans une autre en me tirant de la première, car il me dit que M. Latour a été élu en 1871, alors qu'il l'a été en 1870. Ce qui me prouve qu'il est aussi *humain* que moi, et j'espère qu'il n'est pas plus diabolique.

Cette erreur une fois reconnue, j'ai voulu savoir pourquoi je l'avais commise, et, pour cela, je consultai les notes que j'avais prises pour la rédaction de mon article.

Je trouvai cette mention : Académie, Latour 1875; Dechambre 1870.

Je recourus à l'*Annuaire* de l'Académie d'où elle venait, et je trouvai, parmi les membres associés : Latour 1870, et, plus loin, Dechambre 1875. Il faut vous dire qu'en ce moment nous avons un peu la tête à l'envers à la bibliothèque à cause du concours d'agrégation; de sorte que, harcelé probablement par quelque candidat (je ne lui en veux pas, le pauvre jeune homme, il est plus à plaindre encore qne moi), quand j'ai fait cette recherche, j'aurai interverti, dans ma pensée, Latour, Dechambre, 1875 et 1870, et commis ainsi l'erreur qui a eu des conséquences si *épouvantables*.

Ceci me rendrait indulgent pour les erreurs des autres, si je ne l'étais devenu depuis quelques années. A force de rechercher les causes de ces erreurs, j'ai fini par comprendre combien il était facile de les commettre, et par renoncer à les reprocher à ceux qui les commettaient. Il faut se contenter de faire tous ses efforts pour n'en pas laisser se glisser dans ses écrits.

Une chose qui m'a beaucoup plus intrigué que tout ce qui précède, c'est de savoir pourquoi M. Dechambre avait passé sa thèse à Strasbourg. J'ai interrogé en vain ses

causaient une insomnie absolue, M. Huchard a prescrit 2 centigrammes d'hopéine. Pendant six heures le sommeil fut calme. Une dose de 1 centigramme et demi provoquait seulement de la torpeur et de la somnolence. Il est vrai qu'un autre jour cette dose atténuée fit dormir le malade pendant dix heures.

L'insomnie avait encore l'oppression pour cause chez un cardiaque atteint simultanément d'emphysème pulmonaire, de myocardite scléreuse et d'insuffisance tricuspidienne. Elle fut vaincue par des doses quotidiennes d'hopéine de 15 à 18 milligrammes.

Un saturnin (salle Andral, n° 11) qui, trois semaines auparavant, avait des accidents urémiques, se plaignait d'insomnie rebelle, d'agitation nocturne, de rêves et de cauchemars. On lui administre quotidiennement 15 et 20 milligrammes d'hopéine; il dort pendant toute la nuit et ne se réveille que le lendemain matin.

Voici un autre malade chez lequel l'action hypnotique fut nulle. Cet individu (salle Andral, n° 14) avait un épanchement pleural gauche, et, depuis six semaines, une insomnie persistante, en rapport avec les efforts de toux et la douleur causée par un érythème consécutif à l'application d'un vésicatoire. On lui administra inutilement et à plusieurs reprises 2 centigrammes d'hopéine; l'insomnie n'en persista pas moins. Ici la douleur était vive, et, de ce fait négatif, je conclus que, si l'hopéine est un hypnotique, elle n'est pas un analgésique. Elle procure le sommeil, mais n'atténue pas la douleur. Cette conclusion concorde d'ailleurs avec l'absence d'altération de la sensibilité des animaux mis en expérience.

Le réveil des malades soumis à ce médicament est exempt de troubles gastriques ou autres. Aucun d'eux n'éprouve les inconvénients auxquels les préparations opiacées donnent lieu, ni les céphalalgies dont se plaignent quelques-uns de ceux auxquels on prescrit l'acéto-phénol ou la paraldéhyde. Ces avantages et l'absence dans tous les cas précédents d'effets cumulatifs plaident donc en sa faveur, et, sans doute, recommanderont son emploi dans la médecine infantile.

La *posologie et la forme pharmaceutique de l'hopéine* sont aussi simples que son histoire physiologique et clinique. Les observations précédentes concordent ici encore avec les expériences de laboratoire. Pour l'adulte, la dose quotidienne moyenne s'élève à 20 milligrammes, et le mode d'administration consiste à la prescrire sous forme de pilules de 5 à 10 milligrammes en une ou deux prises.

Exempte des dangers et des inconvénients de l'opium, sans posséder, à coup sûr, la multiplicité de ses propriétés, l'hopéine n'en partage pas moins avec lui la vertu de

---

amis les plus intimes et les plus anciens; je n'ai pu obtenir de réponse satisfaisante. Pensant que, peut-être, il avait été médecin militaire, je me suis adressé à MM. Larrey et Legouest, qui m'ont répondu négativement. Après bien des démarches infructueuses, j'avais fini par adopter une idée qui m'avait été suggérée par M. Lereboullet, à savoir que M. Dechambre, ne voulant pas soutenir sa thèse à Paris, où tout le monde le croyait docteur en 1844, était allé remplir cette formalité à Strasbourg.

Par acquit de conscience, j'ai voulu consulter les archives de la Faculté pour voir si je n'y trouverais pas quelque indice nouveau. Voici, en effet, ce que contient le dossier de notre confrère devenu si éminent :

M. Dechambre, Amédée, né à Sens le 12 janvier 1812, bachelier ès lettres le 7 novembre 1829, prit aussitôt sa première inscription, et sa quatrième en juillet 1830, après avoir été reçu bachelier ès sciences, le 14 du même mois. Depuis, il prit trimestriellement ses inscriptions jusques et y compris la dixième en 1832, mais il s'arrêta là, et, en marge, une note porte qu'il a été « gratifié de la conversion de sept inscriptions d'officier de santé, accordée le 6 juillet 1832. »

Que fit M. Dechambre, officier de santé, depuis le 6 juillet 1832 jusqu'en octobre 1833, où il concourut pour l'internat? Ici reste une lacune qu'un de mes lecteurs m'aidera peut-être à combler. On m'a bien dit que M. Dechambre avait exercé près de Strasbourg, ou à Strasbourg même en cette qualité, mais on n'a pu me dire à quelle époque, et je donne cette hypothèse pour ce qu'elle vaut. Quoi qu'il en soit, il reste à

faire dormir. Cette qualité mérite d'être prise en considération. En résumé : *L'hopéine est un médicament hypnotique, peu toxique, assez fidèle, indiqué dans les cas où l'opium ne peut être prescrit, et utile quand l'insomnie n'a pas la douleur pour cause.*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Giffard, l'inventeur de l'aspirateur autonome, des ballons captifs et de bien d'autres choses, est mort le 24 octobre 1881, léguant une somme de 50,000 francs à l'Académie des sciences. M. le Secrétaire perpétuel expose que jusqu'à présent l'Académie n'est pas entrée en possession effective de ce legs, par suite de difficultés diverses ; mais qu'elle y entrera bientôt, et que, dans tous les cas, ses intérêts sont parfaitement sauvegardés.

M. Jos. Bertrand énumère plusieurs lettres de remerciements envoyées par des lauréats qui, sans doute, résident à de grandes distances.

Il mentionne, en outre, une lettre du docteur Ferran, l'inoculateur du choléra, sur lequel l'oubli le plus opaque semblait s'être appesanti. M. Ferran écrit qu'il persiste dans ses théories ; et, si nous avons bien saisi ce qu'en a dit M. Bertrand, ces théories se résument en deux mots, à savoir : 1° que l'inoculation, comme la contagion, se fait au moyen d'agents chimiques ; et 2° que leur innocuité n'est que l'habitude : on résiste au choléra, après les inoculations, de la même façon que Mithridate résistait aux poisons. Nous laissons à ceux de nos lecteurs, que le sujet peut intéresser, le soin de vérifier si les idées de M. Ferran n'ont pas subi des variantes.

M. le Maire de Chamounix (Haute-Savoie) écrit que, le 4 août 1887, la commune de Chamounix célébrera le centenaire de la première ascension du Mont-Blanc, et inaugurera le monument qui doit être élevé à Benedict de Saussure, en souvenir de cette première exploration, et en reconnaissance de la prospérité qui en est résultée pour le pays.

M. le maire demande si l'Académie des sciences ne voudra pas souscrire au monument projeté. M. le Secrétaire perpétuel répond que, de Saussure ayant été associé

Paris jusqu'à la fin de son internat, et, le 15 janvier 1838, il passe devant notre Faculté son premier examen de doctorat.

Cet examen portait alors sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle; il est devenu plus tard ce fameux troisième que les internes, trop attardés par leur préparation aux concours, n'abordaient qu'en tremblant. D'aucuns sortaient de l'épreuve plus ou moins passablement victorieux ; d'autres, et j'en connais, y restaient accrochés comme de simples *roupious;* M. Dechambre fut de ces derniers, et Orfila, Pelletan et Guérard signèrent un certificat déclarant que, n'ayant pas été satisfaits du premier examen, il fallait le subir de nouveau avant de pouvoir se présenter au second.

M. Dechambre s'en tint là; les autres cases de son dossier, relatives aux examens de doctorat, sont restées intactes, et, à moins d'une nouvelle dispense, il a dû passer, à Strasbourg, non seulement sa thèse, mais encore les cinq examens qui la précèdent

Puissent ces découvertes me faire pardonner l'autre moitié de mon péché!

***

Après un an de discorde, les membres de l'Association médicale américaine se sont enfin entendus, au sujet du Congrès médical international qui doit avoir lieu à Washington en 1887, et pour nommer un comité exécutif qui, sauf le président, M. Austin Flint, sont tous différents de ceux qui, par la bouche de M. Billings, nous ont adressé leur invitation à Copenhague.

Que vont devenir les magnifiques promesses qu'avait faites alors M. Billings au nom

étranger, une liste de souscription sera ouverte au Secrétariat, et que ceux des membres de l'Académie qui désireront s'inscrire parmi les donateurs le pourront faire facilement.

M. l'amiral Paris met sous les yeux de ses confrères un nombre considérable de dessins et de gravures relatifs à la construction des anciens navires de toutes les époques et de toutes les nationalités.

M. Janssen émet le vœu, et « il est heureux, dit-il, de pouvoir l'émettre en présence de M. le Président du conseil, que le gouvernement consacre une somme, qui, d'ailleurs, ne saurait être élevée, à la conservation de documents infiniment précieux pour l'histoire de la marine ». Il émet aussi le vœu que la commission d'administration de l'Académie participe, dans la mesure du possible, à cette œuvre essentiellement intéressante. Il rend hommage, en terminant son allocution, au zèle, aux efforts et au parfait désintéressement de M. l'amiral Pâris.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de mécanique, en remplacement de M. Tresca. Par l'organe de son doyen, M. Phillips, la section présente la liste suivante de candidats :

En première ligne, M. Boussinesq; en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Marcel Deprez, Kretz, Léauté, Sarrau.

Sur 55 votants, majorité 28, M. Marcel Deprez obtient 26 suffrages; M. Boussinesq, 23; M. Léauté, 3; M. Sarrau, 3; M. Kretz, 1.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité voulue, il est procédé à un deuxième tour.

On recueille les bulletins, et M. le Président les compte. Il s'en trouve 56, et, cependant, il n'y a que 55 votants inscrits. Comment expliquer ce fait? « De la façon la plus simple, dit M. de Quatrefages; quelqu'un, par mégarde, aura mis dans l'urne, avec son bulletin écrit, un morceau de papier blanc. » L'explication paraît plausible à M. le Président, qui demande à l'assemblée la permission de dépouiller les bulletins. Mais M. Fizeau fait observer qu'il existe à cet égard une tradition, et qu'il faut procéder à l'appel nominal. Cela semble excessif à quelques-uns; mais l'assemblée, consultée, est de l'avis de M. Fizeau, et l'on commence l'appel.

Nous ne comprenons pas, quant à nous, à quoi peut servir l'appel nominal dans ces circonstances. Ah! si, comme cela a lieu à l'Académie de médecine, chaque votant déposait son bulletin dans l'urne à l'appel de son nom, ce serait très bien. Mais, ici, les

---

de nos confrères américains? On se rappelle que, lorsque la proposition de tenir le Congrès à Washington fut émise, M. Verneuil fit observer que les frais de voyage et de séjour pour les médecins européens seraient considérables; que ceux qui étaient en état de les supporter, étant âgés, ne pourraient guère affronter les fatigues du voyage; que ceux, au contraire, qui pourraient supporter ces fatigues, étant jeunes, pourraient difficilement consacrer cinq ou six semaines de leur temps et 3 ou 4,000 francs de leur bourse pour aller à Washington. A quoi M. Billings répondit que les Etats-Unis se trouveraient si honorés d'être le siège du Congrès, qu'il était persuadé qu'ils prendraient à leur charge les frais de voyage et de séjour des médecins européens qui se rendraient à Washington.

Cette promesse enleva le vote de l'assemblée.

Mais, maintenant que M. Billings et ceux de ses collègues qui l'accompagnaient au Congrès de Copenhague ne font plus partie du comité exécutif, la promesse qu'ils ont faite sera-t-elle tenue par leurs successeurs?

Telle est la question que plusieurs de nos confrères, ayant l'intention de faire partie du Congrès de 1887, m'ont adressée. Je la transmets à qui de droit. Pour le moment, le règlement du Congrès nous apprend seulement que les membres étrangers ne paieront pas la cotisation, qui est de 10 dollars. Cette gracieuseté ne serait évidemment pas suffisante pour engager les médecins européens à franchir l'Atlantique, quel que soit leur amour pour la science médicale internationale.

L.-H. Petit.

bulletins sont dans l'urne. Comment l'appel montrera-t-il pourquoi il y en a un de trop? Si c'était un de moins, à la bonne heure!

Tous les noms ayant été appelés, M. Jos. Bertrand fait observer qu'on n'est pas plus avancé qu'auparavant. C'était facile à prévoir. Tous les bulletins ayant été lus, il s'est trouvé 55 suffrages exprimés, et un morceau de papier blanc. M. de Quatrefages avait raison.

Voici comment se sont réparties les voix au second tour du scrutin : M. Boussinesq en a obtenu 29, et M. Marcel Deprez, 26.

En conséquence, M. Boussinesq a été proclamé élu.

Il reste encore des places vacantes dans la section de mécanique, et M. Marcel Deprez n'attendra, sans doute, pas longtemps les palmes vertes.

M. Lacaze-Duthiers, au nom de M. Perez (de Bordeaux), présente un travail sur une question fort controversée parmi les naturalistes, à savoir si les cellules qui entourent les œufs, chez les insectes, proviennent de l'œuf lui-même, ou de la membrane dont s'est détaché l'œuf. M. Perez est de cette dernière opinion, et M. Lacaze-Duthiers, qui soutenait naguère l'opinion contraire, paraît tout disposé à se laisser convertir par M. Perez. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1886. — Présidence de M. de Beauvais, puis de M. Gillebert d'Hercourt père.

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

A propos du procès-verbal, M. Dubuc fait la rectification suivante : Ce n'est pas pendant six mois, c'est pendant vingt mois et plus, avec quelques intermittences, il est vrai, que mon malade a pris l'acide borique, à une dose variant de 2 gr. 50 à 4 grammes par jour. Il n'a éprouvé aucun accident.

M. Dehenne prend acte de ce que M. Dubuc n'a jamais observé d'accidents à la suite de l'emploi de la cocaïne. Depuis plus de six mois, les journaux de médecine allemands signalent, au contraire, la fréquence de ces accidents, que personne en France, sauf cependant M. Galezowsky, n'a jamais signalés. Faut-il en conclure que la cocaïne dont se servent les Allemands n'est pas la même que celle employée en France?

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. de Beauvais prononce l'allocution suivante :

Chers collègues,

Avant de céder le fauteuil à mon honorable successeur et de dire un suprême adieu à la présidence, il est d'usage de faire le bilan de l'année qui vient de s'écouler et de jeter un coup d'œil rapide sur les actes accomplis par la Société. Je viens m'acquitter de ce dernier devoir.

Disons, avant tout, que la tâche m'a été rendue douce et facile, grâce au concours incessant du bureau, du vice-président, M. Gillebert d'Hercourt père, des deux secrétaires annuels, MM. Deligny et Christian, aussi assidus que zélés, de notre excellent trésorier, M. Perrin, et de notre infatigable archiviste, M. Rougon. Je suis heureux de leur offrir ici les félicitations chaleureuses de nos collègues. J'ai le sincère regret de constater aujourd'hui l'absence motivée de notre dévoué secrétaire général, M. Thorens, que sa santé a forcé de s'éloigner momentanément de nous, et dont nous souhaitons vivement le prochain retour. Vous avez remis, par acclamation, en mains sûres et amies le mandat précieux qui lui avait été si légitimement confié.

Je laisse à son cher compatriote, M. Christian, qui le supplée jusqu'à nouvel ordre, le soin délicat et difficile de vous exposer tout à l'heure, les travaux qui vous ont été lus et présentés dans le cours de l'année 1885, sur tous les points de la pathologie. Si le nombre en est plus restreint peut-être, le mérite réel des œuvres et le talent des auteurs rachètent amplement cette rareté relative.

Qu'il me soit permis de remercier publiquement les laborieux collègues, qui ont tenu à honneur de soutenir la vieille réputation de la Société de méd cine de Paris, bientôt

centenaire, et de se multiplier, en temps utile, pour rendre nos séances toujours intéressantes.

Au premier rang, comme toujours, vient notre inépuisable collègue Duroziez, qui compte, à son actif, quatre mémoires originaux sur la pathologie du cœur. Notre zélé secrétaire général, malgré les préoccupations de sa santé, outre son rapport important sur les travaux de 1884, et son analyse sympathique du *Bulletin* de la Société de médecine de Strasbourg, nous a communiqué trois observations très curieuses.

MM. Polaillon, Richelot, Deligny, Dubuc, Charpentier, Dubrisay, De Ranse, Bouloumié, Thevenot, Delasiauve, Abadie, Reliquet, Rougon et Fraigniaud complètent cette phalange de praticiens érudits et travailleurs.

Parmi les derniers élus, je signalerai particulièrement le zèle et l'activité de M. Dehenne, le digne élève de son savant maître, M. Abadie; il nous a maintes fois intéressé par des communications aussi neuves que variées sur la pathologie et sur la thérapeutique oculaire. C'est un bel exemple à citer et surtout à suivre.

La mort nous a fort éprouvés en 1885.

En mars, nous avons perdu d'abord M. Camuset, homme d'esprit et de cœur, oculiste habile, titulaire de 1873 à 1881, puis membre correspondant à Dijon.

En avril, M. Charrier, le savant gynécologue, qui a été six ans le modèle des secrétaires généraux, puis notre Président, et que la maladie seule a forcé de réclamer le titre de membre honoraire peu de temps avant sa mort;

En septembre, M. Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, membre correspondant depuis 1875;

Et notre cher camarade, M. Lunier, enlevé si rapidement, nommé titulaire en 1863, président en 1873, honoraire en 1881, récemment élu membre de l'Académie de médecine.

Enfin, il y a trois jours, nous rendions les derniers devoirs au distingué et savant publiciste, M. Dechambre, notre membre honoraire, qui appartenait aussi à l'Académie.

Notre Société, déjà largement représentée dans cet illustre aréopage, par MM. Baillarger, Devilliers, Giraud-Teulon, Peter et Polaillon, a eu le bonheur de voir, cette année, élire M. Durand-Fardel, comme associé national, et M. de Ranse, comme membre correspondant, à une brillante majorité.

D'autre part, MM. Foville, Coignard, Laissus fils, Lardier et Caradac ont obtenu des récompenses académiques pour leurs travaux spéciaux.

M. Reliquet a été promu officier de la Légion d'honneur, M. Larcher, officier de l'instruction publique.

MM. Le Blond, Henri Bergeron, Duboué, ont été nommés officiers d'Académie.

M. Bergeaud, d'Haïti, a été fait chevalier du Christ.

De pareils succès honorent et caractérisent une Société.

Nous comptons, cette année, un seul membre titulaire nouveau : M. Pellier; ce qui porte notre chiffre total à 61. Le maximum est de 70.

Quatre membres correspondants nationaux ont obtenu leur admission : M. de Valcourt (de Cannes), M. Bovet (de Pougues), M. Gauron (de Pont-Sainte-Maxence), M. Colombe (de Lisieux).

Vous avez accordé l'honorariat à M. Onimus, l'an dernier. MM. de Saint-Germain et Géry ont sollicité le même titre et attendent que vous ayez statué sur leur demande, car nous avons trois places vacantes actuellement.

Ajoutons que nous avons décerné pour la première fois le prix Duparcque, cumulé, c'est-à-dire 1,200 francs, et une médaille d'or de 100 à M. Paul Dalché, interne, à l'Hôtel-Dieu, de notre distingué collègue et ancien président M. Gallard.

Tel est le mouvement exact de 1885.

Le secret de la prospérité d'une Société scientifique, Messieurs, réside dans la solidarité étroite, dans la confraternité sincère et dans l'activité constante de ses membres, ne l'oublions pas. Que chacun de nous contribue dans la force de ses moyens, de ses relations professionnelles à resserrer les liens qui nous unissent, à augmenter le nombre de nos sociétaires, et à donner une impulsion vive et soutenue à notre association libre

et indépendante, en attirant au milieu de nous des hommes aussi honorables que dévoués à la profession et à la science.

Ce ne sont pas toujours les Sociétés les plus nombreuses qui ont le plus de vitalité réelle; une composition sérieuse et homogène assure pour l'avenir, comme pour le présent, de plus solides avantages. La diffusion des forces est une source d'affaiblissement.

Mon rôle est fini, Messieurs, il ne me reste plus qu'à prendre congé de vous, et à céder le fauteil à mon honoré successeur.

Il m'est doux, en terminant, de vous dire que j'ai eu l'insigne privilège, grâce à votre excessive bienveillance, d'occuper pendant sept ans, dans le bureau, les deux postes les plus enviables et les plus recherchés, celui de secrétaire général et celui de président.

C'est donc avec les sentiments d'une vive et profonde gratitude que je vais reprendre, au milieu de vous, ma place de membre titulaire. C'est vous dire, en un mot, que, comprenant mes nouveaux devoirs, je m'efforcerai par mon assiduité, par mon zèle, par ma participation active à vos travaux, de vous prouver que je ne saurais jamais oublier l'immense honneur que vous m'avez fait, ni voir s'affaiblir l'inaltérable affection que je porte à notre chère Société.

En montant au fauteuil, M. Gillebert d'Hercourt père prononce les paroles suivantes :

Mes chers et très honorés confrères et collègues,

Je vous suis infiniment reconnaissant de la nouvelle marque de bienveillance que vous m'avez donnée en m'élevant à la présidence de la Société de médecine de Paris.

Je tiens à vous dire aussi que je considère le titre dont vous m'avez investi comme le couronnement de ma carrière médicale, comme le plus grand honneur que j'ai reçu durant son long cours.

En effet, ce n'est pas un faible honneur d'avoir le droit de s'asseoir à cette place qu'ont illustrée, par leur passage, tant de maîtres vénérés et de médecins celèbres. Il n'est pas contestable que, corroborée d'ailleurs par la haute considération dont jouit à juste titre la Société de médecine de Paris, l'illustration personnelle que chacun de ces savants maîtres y a apportée, s'est attachée à ce fauteuil, et qu'elle rayonne sur leurs successeurs.

Grâce à votre vote, mes chers collègues, je vais donc recueillir une part de ce noble héritage! Je vous en exprime de nouveau mes plus vives actions de grâce.

Mais, vous remercier ne suffit pas; je dois encore faire un appel à votre indulgence. Elle me sera d'autant plus nécessaire que je suis déjà avancé en âge, et que j'ai lieu de craindre que, pour bien remplir les devoirs qui m'incombent aujourd'hui, mes forces ne soient plus à la hauteur de ma bonne volonté.

Cependant, quelque chose me rassure, c'est votre bonne confraternité, qui m'est bien connue, et dans laquelle je puise la ferme conviction que vous me rendrez la tâche facile, et qu'au besoin vous m'appliqueriez volontiers cette maxime des anciens :

Multum parcitur senectuti.

En terminant, je vous propose de voter des remerciements, d'ailleurs bien mérités, à nos distingués confrères, les membres du bureau sortant.

Les discours de M. de Beauvais et de M. Gillebert d'Hercourt père, sont accueillis par les applaudissements de la Société.

M. le Président invite M. Fraigniaud, vice-président, et M. Dehenne, secrétaire annuel, à prendre place au bureau.

M. Fraigniaud prononce quelques paroles de remerciement vivement applaudies.

Correspondance imprimée : elle comprend : Le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, le *Journal des sages-femmes*, la *Gazette de gynécologie*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes* :

Un volume intitulé : *Dax pittoresque et thermal*, par le docteur Barthe de Sandfort, ancien médecin de la marine nationale, consultant aux eaux de Dax.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciements de M. le docteur Colombe (de Lisieux), récemment nommé membre correspondant.

Une lettre de M. le docteur Armand Rey, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Grenoble, sollicitant le titre de membre correspondant; il envoie à l'appui de sa demande un exemplaire des différents ouvrages qu'il a publiés. (Renvoyé à une commission composée de MM. Gillebert d'Hercourt père, Duroziez et Thevenot, rapporteur.

M. Blondeau lit un rapport sur la candidature au titre de membre honoraire de M. le docteur Géry. Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées. Il sera procédé au vote sur cette candidature et sur celle de M. de Saint-Germain à la fin de la séance.

M. Christian, faisant fonctions de secrétaire général, lit le compte rendu des travaux de la Société en 1885. (Sera publié.)

Cette lecture est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. Reliquet communique un fait de *carcinome villeux diffus de la vessie.*

Un homme de 60 ans, bien constitué, vivant à la campagne, suivant une bonne hygiène, d'une famille de cancéreux, est pris, en décembre, des premières hématuries avec difficultés d'uriner; bientôt il ne peut uriner que par la sonde. Ses forces s'affaiblissent rapidement. Malgré la nourriture qu'il continue à prendre facilement, son pouvoir nutritif réparateur diminue au point qu'une plaie résultant de l'incision du prépuce ne s'organise pas. Et, à peine quatre mois après la première hématurie, le malade meurt.

A l'autopsie, la vessie ouverte, débarrassée des liquides sang et urines (ce mélange a l'aspect de gelée peu dense de groseille), il est impossible d'y reconnaître la moindre trace d'altérations organiques. La muqueuse vésicale est uniformément pâle, pas la plus petite colonne, pas la plus légère saillie reconnaissable à l'œil ou au toucher. La vessie, dilatée, n'a pas ses parois épaissies; il n'y a pas trace de sclérose en aucun point. On ne trouve qu'une saillie notable de la lèvre inférieure du col vésical due à l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Mais, dans aucun point de la paroi vésicale, on ne trouve la moindre induration des parois. Les tissus extérieurs de la vessie sont sains.

Lorsqu'on remplit la vessie d'eau, on voit sur tout le pourtour du col vésical, sur la face antérieure de la vessie, sur tout le trigone, et s'étendant vers les faces latérale et postérieure de cette poche, un véritable tapis, gazon de villosités très fines à peine longues d'un demi-centimètre. Il y a trois touffes de villosités plus longues, deux sont à la périphérie de villosités formant tapis; la troisième, isolée, est placée très haut sur la face postéro-supérieure.

Les villosités qui sont sur le pourtour du col vésical s'arrêtent brusquement là où se termine là muqueuse vésicale. Ainsi, la face du lobe moyen de la prostate qui est dans l'urèthre ne présente pas une seule villosité. Sa face vésicale en est absolument couverte.

M. le professeur Cornil a fait l'examen histologique. Il a trouvé qu'il s'agissait là d'un carcinome dont, sur ses préparations, on voit les éléments caractéristiques jusque dans les veines de la tunique musculaire et même dans les veines qui sont en dehors, contre la tunique musculaire.

La marche rapide, dans ce fait, tient à l'infiltration cancéreuse démontrée par les préparations de M. le professeur Cornil, et à l'état de stagnation d'urine dans lequel était la vessie au moment où l'envahissement des parois de l'organe par le carcinome s'est produit. En raison de ce dernier fait, dès qu'on a retiré du liquide de la vessie, la tunique musculaire a comprimé la muqueuse et a produit l'exsudation sanguine à la surface des villosités.

Mais l'hémorrhagie, quoique continue, n'était pas assez abondante pour amener la

mort en quatre mois, sans l'existence d'une affection dépressive, au premier chef, des forces nutritives, comme le carcinome.

Dans ce fait, les moyens chirurgicaux auraient tout au plus permis d'atténuer l'hémorrhagie, en maintenant au repos absolu la vessie. C'est ce qu'on aurait obtenu par la taille périnéale médiane, établissant la communication directe de la vessie à l'extérieur. Mais cette taille périnéale pas plus que l'hypogastrique, n'aurait permis de reconnaître l'altération organique, qui à l'autopsie n'a été visible que sous l'eau.

M. Richelot : De l'observation de M. Reliquet je ne veux retenir qu'un point, celui du diagnostic. Sous ce rapport, elle peut être rapprochée de celle que j'ai présentée moi-même à la Société, dans une de ses dernières séances. Depuis cette époque, j'ai été consulté pour un cas analogue, mais je n'ai pas eu le malade sous les yeux, car il habite le département de l'Orne. C'est un homme de 66 ans, qui a souffert pendant trente ans d'un eczéma généralisé. Il y a un an, les sœurs lui ont donné un sirop dépuratif et une pommade : il a été radicalement guéri de son eczéma. A partir de ce moment ont apparu des hématuries, d'abord rares, intermittentes, actuellement plus fréquentes et persistantes. Le malade s'est mis au repos; l'hématurie apparaît indifféremment le jour ou la nuit, après le repos au lit, et il est à remarquer que l'urine coule d'abord claire; elle n'est colorée en rouge que dans ses dernières parties. Avec cela, état général excellent, appétit augmenté, aucun trouble de la miction. Il semble bien qu'il ne s'agit pas d'une hématurie calculeuse. Y a-t-il tout simplement répercussion des symptômes cutanés, métastase? Ou bien est-on en présence d'une dilatation variqueuse de la muqueuse vésicale, ou enfin d'une tumeur de la vessie? La question est à poser ; je compte recevoir ultérieurement des nouvelles de ce cas intéressant.

M. Dubuc : Ce qui me frappe dans le fait de M. Reliquet, c'est la marche extrêmement rapide de la maladie. Peut-être y avait-il des généralisations viscérales, qu'une autopsie minutieuse eût permis de découvrir; toujours est-il qu'aucune opération n'était possible, et que toute intervention active eût mené à une cruelle déconvenue.

M. Blondeau : J'ai été frappé du peu d'importance des lésions locales : ce qui confirme bien cette idée, que le cancer n'est que le produit d'une infection générale. En outre, il doit en être de la diathèse cancéreuse comme de la diathèse tuberculeuse : tantôt elle évolue lentement, tantôt, au contraire, elle a une marche rapide.

M. Reliquet : Je ne crois pas que le fait de M. Richelot soit de même nature que celui que je viens de communiquer à la Société. Avant d'arriver à conclure, il faut observer tous les moindres détails et examiner plusieurs fois tous les organes génito-urinaires. Je sais bien que chez mon malade je n'ai pas fait l'examen direct de la vessie. La douleur violente au passage de la sonde, même en caoutchouc, dans le col vésical, le refus du chloroforme, l'état de dépression considérable des forces, l'absence de réaction nutritive, la facilité avec laquelle une fièvre violente (41°) s'était produite sous l'influence de la simple incision du prépuce, la crainte d'une hémorrhagie plus abondante, m'ont empêché d'introduire un instrument métallique explorateur dans la vessie. Mais, heureusement, ce fait si terrible dans sa marche est rare. Le plus souvent l'exploration directe est possible, et peut être répétée.

Il est vrai que l'exploration directe de la vessie de mon malade n'aurait rien donné.

Mais, je le répète, dans les cas ordinaires d'hématurie, lorsque l'état général se maintient bon, on finit toujours par trouver l'origine du sang, soit du côté des reins, soit du côté de la vessie, soit du côté de la prostate.

Élection. — MM. Gérv et de Saint-Germain sont nommés membres honoraires à l'unanimité des votants.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Dehenne.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — Les mutations suivantes dans les services de chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris auront lieu le 25 janvier 1886, par suite du dédoublement

des services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière : M. le docteur Périer prend le troisième service de chirurgie à l'hôpital Lariboisière et M. le docteur Delens prend celui des maladies des yeux au même hôpital, avec engagement d'y rester pendant cinq années; M. le docteur Gillette remplace M. Périer à Saint-Antoine; M. le docteur Berger remplace M. le docteur Gillette à l'hôpital Tenon; M. le docteur Peyrot, chirurgien du Bureau central, remplace M. Berger à Bicêtre et M. le docteur Bouilly, chirurgien du Bureau central, remplace M. Marchand, chirurgien-adjoint de la Maternité et chargé du service d'accouchements de l'hôpital Cochin.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1885-1886, aura lieu le mercredi 27 janvier 1886, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Dans cette même séance, aura lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours qui viennent de se terminer.

Ils entreront en fonctions le 1er février.

MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'Administration aux dates ci-après :

1° MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le samedi 23 janvier, à deux heures; 2° MM. les internes de première année et MM. les internes provisoires, le lundi 25 janvier, à deux heures; 3° MM. les élèves externes de deuxième et troisième années, le mardi 26 janvier, à deux heures; 4° MM. les élèves externes de première année : première moitié de la liste, le jeudi 28 janvier, à dix heures et demie du matin; deuxième moitié de la liste, le même jour à deux heures et demie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Pierre Lebreton, chevalier de la légion d'honneur, décédé le 9 janvier 1886, à l'âge de 85 ans.

Souscription publique pour élever un monument a la mémoire de M. Henri Bouley. — Sur la proposition de la Société de médecine vétérinaire de la Gironde, la Société centrale de médecine vétérinaire a nommé une Commission composée de MM. Goubaux (Arm.), directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, président; Cagny (Paul), Leblanc (C.), Mathieu (E.), Prévost (Ch.), Sanson (André), Signol, Weber, membres de la Société centrale de médecine vétérinaire; docteur Meuriot, Houzeau (Léon).

Cette Commission a décidé : 1° Que par ses soins un monument serait élevé à la mémoire de M. Bouley; 2° Que ce monument serait placé à l'Ecole d'Alfort, où s'est écoulée la plus grande partie de sa vie scientifique et professionnelle; 3° Qu'il serait fait appel, par voie de souscription, à tous les vétérinaires de la France et de l'Etranger, au corps médical, à toutes les Compagnies savantes auxquelles M. Bouley a appartenu, à tous les amis de la science et à tous les amis particuliers, si nombreux, du savant à jamais regretté, pour participer à cette souscription, à laquelle la Société de la Gironde s'était déjà inscrite pour une somme de deux cents francs.

La souscription est ouverte à la librairie Asselin et Houzeau, éditeurs du *Recueil de médecine vétérinaire* dont M. Bouley a été pendant cinquante ans le rédacteur en chef, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Cette souscription sera close après un délai de 3 mois.

Société médico-pratique. — Séance du 25 janvier. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de MM. Huchard et Richardière sur les candidatures de MM. Demmler, Chapardès et D. Labbé. — 2. M. Finot : Sur la préparation du pain pour diabétiques. — 3. M. Cazalis : Note sur l'hémi-rhumatisme. — 4. M. Schwartz : Sur un cas de pseudo-coxalgie. — 5. M. Huchard : Action thérapeutique de l'hydrastis canadensis, du viburnum prunifolium et de la grindelia robusta. — 6. M. Leblond : Nouvelles observations sur le traitement de la syphilis par le tannate de mercure.

On demande **un médecin** pour la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Blache : Les crèches au point de vue de l'hygiène. — II. Revue des Journaux : Le choléra dans l'arrondissement de Saint-Gaudens. — III. Thérapeutique : Du salycilate de lithine. — — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Thèses de doctorat. — VI. Courrier.

Les crèches au point de vue de l'hygiène

Par M. le docteur R. Blache.

Nous n'avons plus besoin aujourd'hui de faire l'apologie de l'institution bienfaisante et moralisatrice des crèches; la propagation rapide de ces modestes établissements de bienfaisance, non seulement en France, mais encore à l'étranger, les témoignages d'admiration et de reconnaissance qu'ils ont su s'attirer de toutes parts, sont des arguments irréfutables en faveur de leur utilité. Si, aujourd'hui, j'ai cru devoir prendre la parole au sujet de l'hygiène des crèches, c'est que des objections ont été soulevées à propos de certaines épidémies dont on accusait la crèche d'avoir été le foyer. Personne n'ignore que les réunions d'enfants sont le plus souvent le point de départ d'épidémie d'un certain nombre des maladies infantiles, et nous serions mal venus de nier le fait.

Nous voulons seulement étudier ici les conditions dans lesquelles s'établissent les crèches et examiner si, étant donnée l'observation stricte de ces conditions hygiéniques, les enfants qui fréquentent ces établissements peuvent être considérés comme étant dans une situation, plus ou moins favorable, à subir les chances d'une de ces épidémies auxquelles les enfants sont exposés.

Si nous examinons l'organisation de la crèche en général, nous voyons que c'est d'abord un établissement destiné à recevoir des enfants de moins de 2 ans, que les mères désirent allaiter et conserver le plus possible auprès d'elles, tout en continuant à travailler et à s'occuper des soins du ménage. La crèche reçoit les enfants le matin avant l'heure où s'ouvre l'atelier et les rend le soir, après que le travail de la mère est terminé. Deux fois au moins, suivant l'âge, la mère doit venir dans la journée allaiter son enfant aux heures de suspension du travail.

Et, dans l'intervalle de ces tétées, l'enfant reçoit une alimentation supplémentaire dont le lait, bien entendu, forme plus spécialement la base.

A propos de cette prescription de notre règlement, qui veut que la mère vienne allaiter son enfant aussi souvent que cela est nécessaire, j'ai eu trop souvent le regret de constater que les mères se conformant à cet avis sont en minorité, et je ne saurais mieux faire que de vous citer quelques passages d'un article très bien fait, intitulé : *De l'allaitement dans les crèches*, publié dans notre dernier Bulletin.

« Les règlements des crèches prescrivent aux mères de venir allaiter autant de fois que cela est nécessaire; mais il ne dépend pas des règlements que la mère ait la possibilité de venir. Quand la mère travaille à proximité de la crèche, et surtout quand elle travaille dans un atelier, elle obtient, en général, assez facilement la permission de s'absenter pour donner le sein à son enfant; mais certaines professions ne lui laissent pas autant de liberté, et lui permettent à peine d'accourir à l'heure de son propre repas. Dans ces cas, la crèche supplée par l'allaitement artificiel à l'insuffisance de l'allaitement maternel, et, sans méconnaître la supériorité incontestable de celui-ci, l'on ne peut nier que l'allaitement mixte, quand il est administré avec les soins nécessaires, ne puisse aussi donner des résultats relativement satisfaisants. »

Il y a des crèches qui, poussant jusqu'à l'extrême le principe de l'allaitement maternel, refusent d'admettre un enfant quand la mère ne s'engage pas à venir l'allaiter exactement trois fois ou deux fois dans la journée, suivant son âge. Cette rigueur est, sans doute, possible vis-à-vis de certaines clientèles; mais doit-on la recommander à toutes les crèches et vis-à-vis de toutes les professions? Doit-on priver impitoyablement du secours de la crèche toute mère qui n'a pas suffisamment de lait, ou qui n'a pas la liberté de venir plusieurs fois ? Pour répondre, il faut rechercher quelle serait la conséquence de cette exigence. La mère se verrait dans l'alternative de perdre sa place et

©BIU Santé

de tendre la main, ou de se séparer de son enfant. Si elle l'envoyait au loin en nourrice, ou même si elle le confiait à telle ou telle garderie moins sévère que la crèche, la santé de l'enfant serait-elle mieux préservée? En ce monde, il ne faut pas seulement chercher ce qui devrait être, il faut s'attacher à ce qui peut être, à ce qui est. La crèche n'est certainement pas l'idéal de l'humanité, mais elle est le meilleur remède à une situation qu'elle ne crée pas, qui est la conséquence de notre état social actuel, et que les regrets et les théories ne suffisent pas à faire disparaître; même, pour les enfants qui y sont soumis à l'allaitement mixte, elle vaut mieux que ce qu'elle remplace, que le régime auquel ils seraient condamnés sans elle. Nous nous garderons bien, cependant, de conclure de cette observation que tout est bien dans toutes les crèches, et qu'il est inutile de chercher mieux; ce serait tomber dans un tort analogue à celui qu'on aurait en formulant des critiques sans proposer de solution meilleure. Non, il faut toujours s'attacher à améliorer une œuvre; il n'y en a aucune qui n'exige des efforts incessants pour devenir ce qu'elle doit être, pour produire tout le bien qu'elle peut donner. Dans toute crèche inspirée vraiment par la charité intelligente, les dames qui l'administrent, les médecins qui la surveillent et la directrice qui en a la responsabilité immédiate se préoccupent de l'allaitement; on n'accepte pas les femmes qui travaillent trop loin de la crèche; on insiste auprès des mères pour qu'elles viennent donner le sein autant de fois que le demande la santé de l'enfant, et, quand cela est possible, on fait auprès des patrons les démarches nécessaires pour obtenir d'eux que la mère soit autorisée à s'absenter aux heures convenables.

Il ne faut pas oublier que la crèche n'est pas uniquement une garderie mieux installée et moins chère que les autres ; inspirée par le sentiment de la charité, surveillée par des personnes éclairées qui ne lui donnent pas seulement leur souscription, mais leur temps et leur dévouement, elle doit être pour les mères une école, école de morale aussi bien que d'hygiène ; elle ne remplit complètement sa mission que si elle leur explique et leur rappelle leur devoir. Elle sera dans son rôle, si elle leur fait comprendre qu'un de leurs premiers devoirs est d'allaiter leur enfant, et si, au besoin, elle les protège pour les aider à obtenir la possibilité de l'accomplir.

Il est certain que dans l'alimentation du nouveau-né le système de la crèche offre des inconvénients, mais tel qu'il est, il présente encore pour les conditions dans lesquelles il a été créé, un perfectionnement et surtout des avantages incontestables pour les pauvres femmes obligées de travailler.

Nous savons tous que les laits de vache, d'ânesse ou de chèvre, purs ou coupés, comme nous les donnons dans les premiers mois de la vie, permettent de mener à bien l'allaitement mixte; plus tard la bouillie, la panade, les crèmes légères, puis les bouillons et les potages gras peuvent s'ajouter sans danger au lait maternel devenu insuffisant; enfin que, si nous désirons voir donner le sein toutes les deux ou trois heures aux enfants âgés de six semaines à trois mois, il ne paraît pas impossible d'éloigner les heures d'allaitement pour les enfants ayant plus de six mois et prenant dans le cours de la journée les boissons et les aliments dont nous parlions plus haut. Il est certain que l'enfant gardé constamment par sa mère et allaité par elle à des heures régulières, sera dans des conditions préférables à celles qu'il rencontre à la crèche ; mais la mère qui pourrait les réaliser, se garderait bien d'y apporter son enfant. N'insistons donc pas plus longuement sur cette question de l'alimentation mixte ; il est certain que, sans être absolument exempte de reproches, elle donne d'excellents résultats quand elle est bien appliquée et sagement dirigée.

Nous avons hâte d'arriver à la question de certaines épidémies dont on a accusé les crèches de devenir trop facilement le foyer. En même temps que le fait était signalé en Belgique à l'assemblée générale de l'Association protectrice de l'enfance, tenue à Seraing, l'administration française se préoccupait de la même question. En lisant le rapport de M. le préfet de police de Paris, adressé au ministre de l'intérieur sur l'inspection des enfants du premier âge, nous y avons vu signaler la fermeture momentanée d'un certain nombre de crèches par suite du développement d'affections épidémiques graves : rougeole, variole, diphtérie.

« Les crèches offrent en effet, a dit M. le préfet, l'inconvénient de faciliter le déve-

« loppement rapide des épidémies; cette considération retient encore beaucoup de « parents qui préfèrent mettre leurs enfants en garde. Dans une crèche, 15 cas de « rougeole se sont déclarés à la suite du très court séjour qu'y avait fait un enfant « atteint de cette maladie; quelques-uns des cas signalés ont été mortels. Ces inconvé- « nients pourraient être atténués dans une très large mesure si un service médical « convenable était assuré dans chaque crèche, c'est-à-dire si ces établissements étaient « visités *tous les jours* par un médecin, comme le prescrit l'article 5 de l'arrêté minis- « tériel de 1862. Mais cette condition qui est cependant rappelée dans toutes les autori- « sations est loin d'être observée et il en résulte que les enfants ne sont pas suffisam- « ment préservés des chances de contagion. »

En effet, nos crèches, comme tous les établissements où se trouvent agglomérés un certain nombre d'enfants, peuvent devenir des foyers d'épidémies, mais les enfants réunis chez les gardeuses, se trouvent dans des conditions identiques au point de vue de la possibilité du contage, et dans des conditions bien moins favorables au point de vue des soins hygiéniques, surtout sans médecin exerçant un contrôle, car si la visite médicale quotidienne n'est pas faite au moment même de l'entrée des enfants à la crèche, elle pourrait être illusoire, du moment où un enfant contaminé est déjà au milieu d'autres enfants depuis un certain nombre d'heures. Or, quand le médecin décide que tel ou tel enfant suspect doit être renvoyé, il se peut que la maladie soit déjà transmise à d'autres. Alors il ne faut même plus laisser les enfants réunis dans les jardins publics ou sur les promenades, car partout où il y a réunion d'enfants, il peut se produire des épidémies; mais, à côté de ces tristes hypothèses, recherchons plutôt les avantages que nous offrent des établissements bien tenus où, par les soins d'hygiène et de propreté, les enfants se trouvent dans des conditions plus favorables pour résister aux maladies auxquelles leur âge les expose.

Pour nous, les enfants des crèches sont loin d'être plus exposés que les autres aux maladies contagieuses. Dans toutes les crèches, même dans celles dont la tenue n'est pas irréprochable, l'attention des directrices est, à cet égard, toujours en éveil; au moindre symptôme suspect, l'enfant malade est éloigné des autres et rendu à ses parents; si l'épidémie menace de se généraliser, la crèche est temporairement fermée. On peut donc penser que le germe de la maladie se prend, non pas à la crèche, mais plutôt en ville, où les précautions sont moindres, et où, en temps d'épidémie, il est plus difficile d'éviter le voisinage des autres malades.

J'ajoute que quand un enfant de nos crèches est atteint, comme il est plus robuste qu'il ne le serait dans sa famille, il est mieux en état de résister à la maladie; mais je répète. que je n'insiste pas sur ces divers points, parce que toute preuve directe serait impossible Pour les chances de contagion, pour la force de résistance à la maladie, comme pour la mortalité en général, il est impossible d'établir des chiffres assez précis et assez certains pour servir de base à une démonstration mathématique sur les effets favorables ou défavorables de la crèche; on ne peut raisonner que d'après des probabilités. Or, il est reconnu dans toutes les crèches que les enfants qui y sont amenés régulièrement, se portent mieux au bout de quelques semaines, que quand ils y ont paru pour la première fois. Ce fait d'expérience est constant et universel; ne suffit-il pas pour nous autoriser à présumer que le régime de la crèche est plus favorable à la santé des enfants de la classe ouvrière, que celui auquel ces mêmes enfants seraient soumis en dehors de la crèche?

D'ailleurs, les directrices de nos crèches, ayant le sentiment de la responsabilité qui leur incombe, surveillent de très près l'état des enfants qui leur sont confiés, et il leur arrive souvent de renvoyer un enfant qui, sans présenter encore des symptômes de maladie éruptive, est soupçonné de pouvoir apporter le germe de cette maladie que l'on sait exister dans telle ou telle maison du quartier, surtout quand il s'agit d'une de ces cités ouvrières renfermant beaucoup d'enfants.

Car, il faut bien le dire aussi, l'épidémie règne souvent dans le quartier avant de s'être montrée à la crèche. Nous avons été souvent, pour notre part, témoin de ces épidémies de maladies infantiles débutant d'abord dans une rue ou dans un groupe de maisons, et ne tardant pas à se propager à l'asile ou à la crèche; mais toujours, dans ces

cas, nous avons pu arrêter les progrès de l'épidémie, en exigeant la fermeture immédiate de ces établissements.

Les mesures d'hygiène et de désinfection étaient immédiatement exécutées, et, après quinze jours ou trois semaines employés au lessivage des peintures, blanchissage ou désinfection des objets de literie, on autorisait la réintégration des enfants de la crèche, après examen préalable de chacun des enfants. Que de semblables moyens ne soient pas négligés, qu'on surveille attentivement la santé de chacun des enfants admis, qu'on interdise surtout l'entrée aux enfants malades ou ayant des frères et sœurs malades : c'est le plus sûr moyen d'éviter les épidémies. Il faut que les familles se persuadent que les crèches ne sont pas faites pour soigner les enfants, et, lorsqu'un enfant tousse et qu'il a de la fièvre, il faut que sa mère le garde chez elle. La crèche est destinée à garder, pendant le jour, les enfants bien portants et non pas à donner de la tisane à l'enfant enrhumé, qui va avoir une bronchite qu'une double sortie quotidienne ne peut manquer de faire augmenter, ou qui est au début d'une rougeole ou d'une coqueluchedont il ne peut tarder à transmettre le germe aux autres enfants fréquentant la crèche avec lui.

Mais si nous ne pouvons nier la possibilité de la transmission plus facile des maladies contagieuses de l'enfance dans nos établissements, comme, d'ailleurs, dans tous ceux où les enfants se trouvent réunis en grand nombre, il importe de dire aussi que les bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles nous nous plaisons à entretenir les jeunes pupilles de nos crèches, deviennent, au contraire, une sorte de protection contre les maladies.

La propreté joue un rôle important dans cette question; les soins corporels et la surveillance de l'alimentation sont autant d'éléments précieux qui, joints aux instructions et aux prescriptions hygiéniques que nous cherchons à inculquer aux mères, sont destinés à prémunir les enfants contre les maladies, et le jour où, malgré notre vigilance, l'épidémie vient faire son apparition, il est certain que les enfants soumis à notre surveillance se trouvent dans des conditions plus favorables pour résister au mal, que ceux dont les parents n'ont pas cru devoir s'adresser à la sollicitude et à l'expérience des personnes dévouées qui dirigent nos crèches.

REVUE DES JOURNAUX

Le choléra dans l'arrondissement de Saint-Gaudens, par le docteur Ch. Chopinet, médecin major. — Sous ce titre, l'auteur a fait paraître un court, mais substantiel travail, dans lequel il a pu étudier de la façon la plus précise : 1° le mode d'importation de Marseille à Milhas, localité voisine de Saint-Gaudens, par une jeune fille atteinte de choléra atténué ; 2° la durée de l'incubation chez la première victime qui a été de quatre jours au maximum ; 3° la propagation de l'épidémie suivant le cours d'une petite rivière appelée le Ger. Il a pu en suivre toutes les étapes et démontrer que la contamination n'avait pas eu lieu par l'eau absorbée, mais avait eu pour agent la colonne d'air entraînée par le Ger, le long d'une vallée étroite. Dès que la vallée s'élargit et que la colonne léthifère se dissocie, elle cesse de faire de nouvelles victimes ; 4° l'absence de toute constitution médicale prémonitoire a été nettement établie ; 5° la petite ville de Saint-Gaudens n'a été qu'effleurée par le fléau qui sévissait dans son voisinage, deux cas rapidement mortels sont restés stériles en 1884. La même immunité avait été notée en 1854. En 1885, deux réservistes, rentrant des grandes manœuvres dernières, réimportèrent la maladie à Saint-Gaudens : l'un succomba, l'autre fut très malade. Un mois après, la femme du préposé des lits militaires qui avait désinfecté les fournitures de literie fut atteinte et mourut. Le mois suivant quatre autres cas, dont deux mortels, se sont manifestés en ville, sur des points éloignés les uns des autres, et ce fut tout. Cette immunité relative est remarquable si l'on tient compte des défectuosités des égouts de Saint-Gaudens. — Des documents de ce genre bien précis et recueillis sur un théâtre restreint ont une valeur considérable au point de vue épidémiologique.

D. Burlureaux.

THÉRAPEUTIQUE

Du Salicylate de Lithine.

Le Salicylate de Lithine a été, dans ces derniers temps, l'objet d'études suivies et de communications importantes qui vont lui faire prendre rang parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement de certaines formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont particulièrement atteints.*

Chez certains malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, il arrive parfois, après qu'on a obtenu une grande et rapide amélioration, que les jointures restent douloureuses et que leur fonctionnement est encore gêné et plus ou moins pénible. Le Salicylate de Lithine peut alors intervenir utilement et faire disparaître en peu de jours les dernières traces du rhumatisme.

Dans le *rhumatisme articulaire subaigu progressif*, des malades atteints de cette forme tenace et redoutable de rhumatisme avaient été soumis, sans succès, aux médications les plus variées et les plus persévérantes; le Salicylate de Lithine a déterminé chez eux, au bout de dix à quinze jours, une notable amélioration. On constatait une disparition presque complète des douleurs spontanées, une atténuation de celles que provoquait 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 du mouvement volontaire des parties atteintes.

Le *rhumatisme articulaire chronique primitif* lui-même, dans ses périodes avancées, alors qu'un nombre plus ou moins grand de jointures sont déformées, gonflées, à demi ankylosées, douloureuses encore, a paru n'être pas rebelle à l'action du Salicylate de Lithine.

Enfin, le Salicylate de Lithine, ainsi qu'il est dit plus haut, possède une efficacité incontestable dans le traitement des diverses formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont plus particulièrement atteints.*

Afin d'obtenir les résultats dont il vient d'être question, il est indispensable de pouvoir compter sur un médicament pur, bien défini et très exactement dosé. C'est pour atteindre ce but que le docteur Clin prépare une Solution contenant 1 gramme de Salicylate de Lithine par cuillerée à bouche et 25 centigrammes par cuillérée à café.

Cette Solution, toujours identique dans sa composition, permet d'administrer sûrement le *Salicylate de Lithine pur* et de varier les doses suivant les indications qui se présentent.

D'après les observations recueillies jusqu'à présent, la dose quotidienne de Salicylate de Lithine paraît être de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, soit 3 ou 4 cuillerées de Solution; mais, comme il peut se rencontrer des personnes très sensibles à l'action de ce médicament, il sera bon, au début, de tâter la susceptibilité des malades et de commencer, soit par 2, soit par 3 grammes, et d'augmenter progressivement s'il y a lieu. Dans quelques cas, on peut même être obligé d'aller au delà de 4 grammes par vingt-quatre heures, lorsque, par exemple, sous l'influence de cette dernière dose, l'amélioration cesse de faire des progrès; il suffit alors d'augmenter de 25 ou 50 centigrammes pour remettre en marche cette amélioration; mais, aussitôt le mieux obtenu, on devra revenir à la dose primitive.

Les moments les plus favorables pour faire prendre la Solution de Salicylate de Lithine de Clin sont le milieu ou la fin du repas.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Présentation de brochures. — Observation de tumeur ombilicale produite par la rétention des règles dans l'utérus chez une jeune fille de 14 ans ; guérison spontanée sans intervention chirurgicale. — Présentation d'appareil pour la contention du membre après la résection du genou. — Présentation de malade : amputation congénitale incomplète par bride circulaire ; opération, guérison. — Elections de deux associés étrangers, de deux correspondants étrangers et de trois correspondants nationaux.

M. Larrey présente : 1° de la part de M. Bérenger-Féraud, membre correspondant, une brochure intitulée : *Recherches sur les accidents que produit la morue altérée ;* 2° de la part de M. Védrènes, membre correspondant, une brochure intitulée : *La trépanation du crâne chez les indigènes de l'Aurès (Algérie).*

— M. Desprès communique une observation qui lui paraît constituer à divers points de vue une rareté pathologique.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 à 15 ans, qui entra dans son service, à l'hôpital de la Charité, le 26 juillet dernier. Elle avait au niveau de l'ombilic une tumeur volumineuse pyramidale, faisant une forte saillie, soulevant la cicatrice ombilicale, écartant la ligne blanche et les deux muscles droits, paraissant plus volumineuse lorsque la malade était debout, que lorsqu'elle était couchée. Dans la station debout, le ventre était bombé, mais seulement au niveau de l'ombilic.

M. Desprès examina la malade à diverses reprises, sans pouvoir arriver à un diagnostic satisfaisant. S'agissait-il d'une tumeur développée dans les vestiges de l'ouraque ? S'agissait-il d'une grossesse ? L'âge de la malade (14 ans) semblait devoir éloigner cette hypothèse. M. Desprès se faisait scrupule de rechercher un supplément de lumière en se livrant sur une enfant de cet âge à l'exploration par le toucher vaginal ou par l'examen au spéculum.

Il n'existait, d'ailleurs, aucune souffrance, aucun trouble fonctionnel ; la jeune fille n'avait pas encore eu ses règles une seule fois. M. Desprès la garda pendant un mois dans son service, sans rien observer d'anormal dans sa santé.

Cédant aux sollicitations de l'un de ses internes, M. Desprès pratiqua une ponction exploratrice avec un trocart capillaire. La ponction donna issue à quelques gouttes de sang, qui, examinées au microscope, révélèrent la présence d'hématies altérées et de cellules analogues à celles du sarcome. D'après les résultats de la ponction, il fallait donc penser à une tumeur solide, à un néoplasme. M. Desprès n'était pas convaincu, il gardait un doute philosophique. Comme la malade ne souffrait pas, il attendit, et le 4 décembre, au matin, il se produisit tout à coup, un écoulement de sang noir par le vagin ; cet écoulement ne fit qu'augmenter dans la journée, pour dégénérer, le soir, en une véritable inondation ; en même temps la tumeur diminuait considérablement de volume.

Il s'agissait donc d'un hématome produit par la rétention du sang menstruel, fait très rare à cet âge ; et ce qui était encore plus rare, c'était de voir une affection de ce genre se manifester par une tumeur au niveau de l'ombilic. Alors, M. Desprès crut devoir pratiquer le toucher vaginal ; il constata, au fond d'un vagin parfaitement développé, la présence d'un col utérin allongé, effilé, lequel avait probablement été le siège d'une imperforation ayant mis obstacle à l'écoulement du sang des premières menstrues.

Le sang s'était ainsi accumulé dans la cavité utérine et avait donné lieu à cette tumeur saillante à l'ombilic.

Mais l'obstacle n'était sans doute pas très résistant puisqu'il a cédé à l'action simple du poids du liquide accumulé.

Aujourd'hui la jeune fille est parfaitement bien portante, et la tumeur a presque complètement disparu.

M. Desprès appelle l'attention sur les trois points suivants : 1° la rareté d'une tumeur

produite par la rétention du sang menstruel chez une jeune fille de cet âge ; 2° la rareté d'une tumeur de ce genre se manifestant seulement dans la partie supérieure de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, et non pas dans la région hypogastrique ; 3° enfin le fait du rétablissement de la santé par les seuls efforts de la nature, sans intervention chirurgicale d'aucune sorte.

Si l'on consulte les observations publiées, on voit que l'intervention chirurgicale a été plusieurs fois suivie d'accidents graves et même de mort, tandis que, lorsque les malades ont été laissées aux seuls efforts de la nature, la guérison s'est toujours effectuée par le retour normal de l'écoulement sanguin.

M. Marc Sée : M. Desprès s'est montré fort hésitant en présence d'un diagnostic très obscur; il s'est laissé entraîner à une tentative d'exploration qui ne pouvait pas le conduire à grand'chose, et il a fait une ponction avec un trocart beaucoup trop fin. Il fallait, ou s'abstenir d'une manière absolue ou employer un moyen de diagnostic plus sérieux, et faire usage d'un trocart plus volumineux. M. Desprès eût été fixé dès lors sur la nature de la tumeur et il eût pu faire un examen au spéculum; il eût pu voir alors que l'obstacle était facile à lever, et que l'introduction d'une sonde de fin calibre à travers l'orifice utérin suffisait pour vider la cavité utérine.

M. Trélat dit que le respect de la virginité de la jeune malade n'empêchait pas M. Desprès de faire un examen extérieur plus approfondi, qui lui eût permis de reconnaître le lien existant entre la tumeur et la fonction menstruelle, etc. D'autre part, M. Desprès a dit que toutes les malades qui ont été abandonnées aux seuls efforts de la nature ont guéri. Il n'y a rien d'étonnant à cela; il s'agissait probablement d'obtacles légers, puisqu'il a suffi des seuls efforts de la nature pour en triompher. Mais il ne faudrait pas en conclure que l'on doit toujours abandonner les malades à elles-mêmes. Les cas où l'intervention chirurgicale a dû avoir lieu étaient des cas difficiles, rebelles, accompagnés d'accidents qui ont nécessité l'opération; et cette opération a pu sauver bon nombre de malades.

M. Desprès répond à M. Trélat qu'il a voulu montrer seulement qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir, et que, dans certains cas, la nature peut à elle seule débarrasser les malades; à M. Sée, que l'emploi d'un gros trocart eût pu amener un épanchement sanguin dans l'abdomen.

— La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux associés étrangers, de deux correspondants étrangers et de trois correspondants nationaux.

Sont élus associés étrangers, MM. Tilanus (d'Amsterdam), et Reverdin (de Genève); — Correspondants étrangers, MM. Tiriar (de Bruxelles) et Socin (de Bâle).

— L'élection des correspondants nationaux a été plus mouvementée. Au premier tour, ont été élus MM. Robert (armée) et Weiss (de Nancy).

Au troisième tour (ballottage), M. Guermonprez est élu par 20 voix contre 10 à M. Jeannel.

— M. Championnière met sous les yeux de ses collègues une *attelle métallique à placer dans un appareil plâtré pour la contention du membre après la résection du genou.*

De nombreux appareils, dit M. Championnière, ont été proposés pour maintenir les extrémités osseuses après la résection du genou. Aucun n'agit d'une façon bien satisfaisante. Le principe d'un appareil à arcs ou à grandes oreilles, découvrant le champ opératoire, est excellent, et beaucoup de chirurgiens se sont ingéniés pour en faire construire d'efficaces. M. Championnière a pensé qu'on arriverait au but, en combinant la gouttière plâtrée avec une attelle métallique à grandes oreilles.

L'attelle employée par M. Championnière se compose de deux plaques de métal rectangulaires, résistantes, percées de trous, devant être en rapport, lorsque l'appareil sera mis en place, l'une avec la partie postérieure de la cuisse, l'autre avec la partie postérieure de la jambe. Les deux plaques sont unies ensemble au moyen de deux arceaux métalliques solides, dont chacun représente à peu près une demi-circonférence, et va s'attacher, par une extrémité, à l'un des deux angles inférieurs de la plaque

©BIU Santé

fémorale; par l'autre extrémité, à l'angle supérieur du même côté de la plaque jambière. Le plan de ces arceaux est perpendiculaire à celui des plaques. Il résulte de cette disposition que les deux plaques fémorale et jambière sont séparées par un espace vide, assez large, qui correspondra à la région poplitée; cette région sera complétement libre et ne reposera par aucun point sur l'appareil contentif. Le tout, en vue de faciliter le pansement sans remuer le membre, et de pouvoir atteindre sans peine le tube à drainage qui sera placé dans le creux poplité.

L'attelle métallique est destinée à être enfermée au milieu de doubles de tarlatane imprégnée de plâtre, la partie jambière disparaissant dans une gouttière qui prendra le pied, comme dans toutes les gouttières plâtrées pour fractures; la partie fémorale sera dissimulée dans une seconde série de doubles de tarlatane, et indépendante de la gouttière jambière. De toute l'attelle métallique, les arceaux seuls seront visibles, lorsque l'appareil sera prêt à être appliqué.

Cet appareil doit être préparé d'avance sur le membre sain. La difficulté consiste à faire coïncider le genou, c'est-à-dire le lieu du pansement, avec l'espace libre qui sépare les plaques métalliques. Pour arriver à ce but, avant de tailler la tarlatane, il faut placer le membre sain dans l'attelle métallique selon la position cherchée; puis, sur ce patron ainsi disposé, prendre les mesures nécessaires pour les gouttières de tarlatane : la gouttière jambière sera étendue de l'extrémité poplitée de la plaque jambière jusqu'au pied qu'elle contiendra; la gouttière fémorale ira de l'extrémité poplitée de la plaque fémorale jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, le plus haut possible; il faut éviter ici de faire porter l'ischion sur la plaque métallique.

La tarlatane est taillée, les gouttières prêtes à être trempées dans le plâtre. L'appareil ayant été essayé de nouveau, on imbibe de plâtre les doubles de tarlatane, on glisse au milieu d'eux les plaques métalliques, et on applique l'appareil à la manière ordinaire, pour qu'il sèche sur le membre sain. Quand le plâtre est sec, on retire l'appareil, en évitant de le briser, et, s'il y a lieu, on le consolide en le badigeonnant à la gomme de Dammar.

L'opération de la résection est terminée : il s'agit maintenant d'immobiliser les segments du membre réséqué. Le malade est toujours endormi; dès que la plaie est bien protégée, on insinue le membre et son pansement tout fait dans l'appareil, que l'on fixe par une bande roulée. Le pansement doit être accessible sur toute la circonférence du membre, si l'appareil a été bien fait.

Cette attelle a déjà été utilisée sur trois malades du service, à l'hôpital Tenon. Sur quatre autres, dans le courant de l'année, la gouttière plâtrée avec attelle de fil de fer en arrière avait été appliquée. Il a été facile de constater les nombreux avantages de cette attelle, la facilité du pansement, la solidité de l'appareil. Avec un peu d'habitude, celui qui fabrique la gouttière plâtrée arrive à une grande perfection, comme l'a fait M. Demelin, l'interne du service, pour la gouttière placée sous les yeux de la Société.

M. Paul Reclus montre une petite malade qu'il a présentée déjà le 17 octobre 1883. A cette époque, elle avait 12 mois, et M. Reclus venait de lui enlever les deux tiers environ d'une bride circulaire congénitale qui étreignait la partie inférieure de la jambe gauche. Cette bride, comme une ligature étroite, avait déjà amené des déformations sérieuses : le pied était plus petit que le pied correspondant, et, sur la face dorsale, on constatait un œdème particulier, une sorte d'épaississement lipomateux. M. Reclus a enlevé ce qui restait de la bride cicatricielle; une double incision parallèle au-dessus et au-dessous du sillon a séparé la peau déprimée, la rigole profonde; le tractus fibreux qui l'avait déterminé glissait sans adhérence sur l'aponévrose d'enveloppe. M. Reclus a drainé au crin de Florence, suturé, et, au bout de huit jours, la guérison était complète. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 janvier 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Services que peut rendre l'examen micrographique du sang dans les diagnostics difficiles. — Influence de l'eau sur la nutrition et traitement de l'obésité.*

Parmi les pièces de la correspondance manuscrite se trouve une lettre de M. Leteux, vétérinaire à Angers, qui revendique la priorité de l'idée des injections antiseptiques dans les cavernes tuberculeuses. C'est à la Société centrale de médecine vétérinaire que M. Leteux fit part, dès 1877, de la méthode qu'il proposait.

M. Hayem rappelle que, depuis plusieurs années, il insiste sur les services que peut rendre au clinicien l'examen micrographique du sang. L'observation des détails relatifs à la formation du réticulum fibrineux suivie sous l'objectif lui a permis de signaler les modifications profondes que subit le sang dans les pyrexies, les phlegmasies et les cachexies. Il veut faire part aujourd'hui d'un cas clinique très difficile dans lequel l'examen du sang lui a permis d'établir le diagnostic et d'instituer une thérapeutique convenable.

On sait depuis longtemps, depuis les travaux d'Andral et Gavarret, que dans le rhumatisme articulaire aigu la fibrine du sang est considérablement augmentée.

M. Hayem s'est assuré que, dans certains cas de rhumatisme avec fièvre sans trace de phlegmasies locales, le sang est aussi très riche en fibrine, presque autant que dans la pneumonie franche, dite fibrineuse, où le réticulum fibrineux qui se forme dans le sang est énorme, et absolument caractéristique. Sachant que la fièvre rhumatismale, même sans localisations articulaires ni viscérales, produit déjà une augmentation considérable de la fibrine, il a pu, grâce à l'examen du sang, éviter une erreur de diagnostic dans le cas suivant :

Un jeune homme de 22 ou 23 ans, n'ayant jamais eu d'accidents rhumatismaux, en proie à un état typhoïde grave avec délire, 41° de température vespérale, mais sans localisation articulaire, ni lésions appréciables des organes thoraciques, était entré dans le service de M. Hayem à une époque où régnait une épidémie de dothiénentérie. Malgré l'absence de taches rosées, vu l'âge du sujet, son état général, un peu de ballonnement du ventre, l'interne du service inclinait à porter le diagnostic de fièvre typhoïde. M. Hayem, avant de se prononcer, pratiqua l'examen du sang et fut frappé de la présence d'un réticulum fibrineux des plus intenses, tel qu'on n'en voit guère d'aussi accentué que dans le rhumatisme et la pneumonie fibrineuse. Il n'hésita plus à diagnostiquer une fièvre rhumatismale, et, en considération des accidents nerveux, un rhumatisme cérébral à forme ataxo-adynamique. Il prescrivit donc des affusions froides avec de l'eau à 8°. Le deuxième ou troisième jour, la température baissa, les phénomènes cérébraux disparurent. Une localisation articulaire apparut sous forme d'une arthrite du genou droit avec œdème considérable de presque tout le membre inférieur droit, arthrite qui dura deux mois et demi et se termina par ankylose. M. Hayem pense que, dans cette circonstance, l'examen du sang lui a permis de sauver la vie de son malade en lui dictant, avec le diagnostic, la thérapeutique appropriée.

M. Féréol ayant demandé en quoi consistaient les accidents cérébraux, M. Hayem invoque le délire, peu bruyant, l'état adynamique, le malade n'étant d'ailleurs pas alcoolique.

M. Robin rappelle qu'une communication récente de M. Debove a remis en discussion l'influence de l'eau sur la nutrition et le traitement de l'obésité. M. Robin considère que le débat n'est pas tranché et espère apporter des arguments nouveaux ; il insiste sur la nécessité de ne pas placer sur le même plan toutes les expériences antérieures, toutes ne présentant pas la même valeur. M. Robin met au premier rang les expériences de Genth (1856, Wiesbaden), qui ont montré que l'eau, introduite en grande quantité dans l'estomac, fait augmenter l'urée et les sels de l'urine, soit parce que la désintégration des éléments anatomiques est accrue, soit parce qu'il s'opère un lavage plus complet des tissus. L'élévation du taux de l'urée peut d'ailleurs en partie dépendre de

SBIU Santé

l'accroissement des combustions élémentaires, parce que le meilleur lavage des tissus assure un meilleur fonctionnement des éléments anatomiques.

Parmi les expériences des physiologistes qui lui paraissent dignes d'une considération spéciale, M. Robin cite les suivantes : A un chien laissé sans nourriture pendant sept jours, et qui rendait 12 gr. d'urée, Forster fait ingérer, du cinquième au septième jour, 3 litres d'eau par l'estomac ; l'urée s'élève à 25 gr. — Voit fait ingérer 2 litres d'eau à un chien qui rendait 16 gr. d'urée ; celle-ci monte à 21 gr. Ce sont là des différences trop considérables pour représenter seulement le résultat d'un lavage plus complet des tissus.

D'ailleurs à toute destruction de matières albuminoïdes correspond une élimination proportionnelle de soufre. Or, si on dose l'acide sulfurique des sulfates de l'urine, on le voit après l'ingestion de 2 litres d'eau, monter de 1 gr. 26 à 1 gr. 56.

Parmi les partisans de l'opinion d'après laquelle l'eau n'augmente pas la désintégration des tissus, se placent Mayer, Rabuteau, Hoffmann, Bischoff. Mais, dans leurs recherches, ces observateurs n'ont pas tenu un compte suffisant du régime alimentaire, de la quantité de matière combustible introduite dans l'économie pendant leurs expériences.

Un des meilleurs moyens de résoudre la question, est de comparer le poids de l'urée excrétée au poids de la totalité des matériaux solides de l'urine. Envisagées à ce point de vue, les expériences de Genth, donnent les résultats suivants :

Chez un sujet en équilibre de recettes et de dépenses physiologiques, le poids des matériaux solides de l'urine étant de 70 gr., l'urée de 43 gr. (coefficient 61 pour 100), — après ingestion de 2 litres d'eau, Genth trouve 73 gr. de mat. solides, 48 gr. d'urée (coefficient 66 pour 100) ; après ingestion de 4 litres d'eau, les chiffres sont : mat. solides, 75 gr. ; urée, 53 gr. (coefficient 70 pour 100).

M. Robin a fait une série d'expériences comparables aux précédentes. Voici les chiffres qu'il a trouvés :

Chez un sujet qui excrétait 1,200 gr. d'urine contenant 65 gr. de matériaux solides, 32 gr. d'urée (coefficient, 49), — après l'ingestion de 1,250 gr. d'eau en sus, il constatait encore 65 gr. de matériaux solides, mais 34 gr. d'urée (coefficient, 53). Le rapport de l'urée aux matériaux solides pris en bloc représente le coefficient d'oxydation. Ainsi, les liquides pris en abondance augmentent les oxydations sans augmenter la désintégration des tissus.

Pour appliquer ces données expérimentales au traitement de l'obésité, il convient de se demander comment on devient gras. On peut engraisser par deux procédés, soit parce que l'assimilation augmente, soit parce que la désassimilation diminue. M. Dujardin-Beaumetz rappelait récemment les expériences de Schiff et de Vigier, qui prouvent que l'eau augmente le pouvoir digestif du suc gastrique. Ce fait explique que l'eau puisse faire engraisser certaines personnes. D'autres, au contraire, engraissent parce que, chez elles, les combustions élémentaires sont diminuées.

Mais comment reconnaître si un obèse est devenu tel par excès d'assimilation ou par défaut de combustion? A ce point de vue, et d'après le chiffre de l'urée qu'ils excrètent, M. Robin divise les obèses en trois classes, suivant que l'urée est augmentée, diminuée ou stationnaire. Mais il peut se faire que, chez les premiers, il y ait pourtant insuffisance des oxydations ; chez les seconds, coefficient d'oxydation en excès.

En 1877, M. Robin mit en observation trois femmes obèses, ayant un taux d'urée normal ; à deux d'entre elles, le coefficient d'oxydation étant diminué, il permit l'usage des boissons à volonté ; chez la troisième, dont le coefficient d'oxydation était augmenté, il rationna les boissons, toutes trois étant soumises à un régime alimentaire identique : toutes trois maigrirent.

M. Debové répond à M. Robin, en ce qui concerne l'historique des expériences physiologiques, que, pour les observateurs qui ont opéré sur le chien, il existe des causes d'erreur. Cet animal boit avec difficulté ; pour lui faire ingérer trois à quatre litres par jour, il faut les injecter dans l'estomac, et pour cela le ficeler, l'immobiliser, réduire, par conséquent, le taux de l'oxydation.

Dans les expériences sur l'homme, il faudrait, pour avoir un résultat valable, soumettre le sujet à un régime alimentaire uniforme pendant quinze jours au moins, en faisant varier la quantité des boissons; or, le dégoût est promptement la conséquence d'un régime alimentaire uniforme, l'appétit se perd, les conditions expérimentales sont faussées.

M. Robin insiste sur la valeur des expériences de Genth, qu'il connaît personnellement, et qui est un observateur parfaitement consciencieux. Il opérait sur lui-même. Pendant sept jours, il avait constaté que son poids et son excrétion d'urée étaient stationnaires; il était donc en équilibre azoté; il ingéra ensuite deux litres d'eau pendant sept jours, et quatre litres pendant sept autres jours, puis revint au régime antérieur.

Dans ses expériences personnelles, M. Robin, qui opérait sur lui-même, ne s'observa que pendant cinq jours; ce fut les troisième, quatrième et cinquième jours que, après constatation de son équilibre azoté, il ingéra 1,250 gr. d'eau en supplément.

M. Debove a toujours eu besoin d'une période d'au moins douze jours pour obtenir l'équilibre de poids.

M. Robin estime qu'en règle générale, il suffit, chez l'homme, de trois à six jours. D'après Voit, chez les animaux, trois à quatre jours au plus suffisent. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 16 au 30 janvier 1886.

Samedi 16. — M. Dubrac : Des températures morbides locales dans la colique hépatique. (Président, M. Peter.) — M. Ribail : Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale. Formes cliniques de l'urémie chronique. (Président, M. Bouchard.) — M. Soto : La névralgie utérine, ses dangers, son traitement. (Président, M. Pajot.) — M. Béal : Etude sur une complication rare de la trachéotomie (médiastinite antérieure suppurée) (Président, M. Cornil.)

Lundi 18 et mardi 19. — Pas de thèses.

Mercredi 20. — M. Castillon : Contribution à l'étude des végétations et de leur traitement par le grattage. (Président, M. Lannelongue.) — M. Philippeau : Contribution à l'étude de l'épulis (Président, M. Lannelongue).

Jeudi 21. — Pas de thèse.

Vendredi 22. — M. Morel-Lavallée : Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque. (Président, M. Fournier.) — M. Perrin : De la sarcomatose cutanée. (Président, M. Fournier.)

Du 23 au 27. — Pas de thèses.

Jeudi 28. — M. Chevassus : Considérations sur l'influence de l'alcool chez les arthritiques. (Président, M. Laboulbène). — M. Krohn : De l'arthritisme. — Les lipomes sont-ils d'origine arthritique ? (Président, M. Grancher.)

Vendredi 29. — M. Chochon-Latouche : Etude critique sur les ruptures du périnée et leur traitement (suture immédiate) (M. Trélat, président). — M. Grassin : Contribution à l'étude de la cowpérite et de la péricowpérite aiguës. (Président, M. Fournier.)

Samedi 30. — M. Natível : Oxalurie intertropicale. (Président, M. Peter.) — M. Carron de la Carrière : De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge. (Président, M. Peter.)

COURRIER

L'un des organes les plus appréciés de l'anthropologie française, la *Revue d'anthropologie* de Paris, fondée en 1876 par Paul Broca et continuée par Paul Topinard, inaugure une troisième série avec le concours d'illustrations anthropologiques prises à toutes les sources, parmi lesquelles nous remarquons les noms suivants : docteur Gavarret,

directeur de l'Ecole d'anthropologie; docteur Mathias Duval, directeur du laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes; le marquis de Nadaillac, dont les ouvrages d'archéologie préhistorique ont éte traduits déjà en plusieurs langues; le général Faidherbe, grand chancelier de la Légion d'honneur, renommé pour ses travaux de linguistique; le professeur de Quatrefages; MM. Hamy et Rousselet, représentants de l'ethnographie; le baron Larrey; M. Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine; M. d'Arbois de Jubainville, membre de l'Institut, etc. Le docteur Topinard est secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris et l'auteur des *Eléments d'anthropologie générale* que vient de couronner l'Institut.

Assistance publique. — MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que le mercredi 27 janvier 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance.

— M. le docteur Delarue est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

— MM. les médecins du VIe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 21 février 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance.

— Les mutations suivantes auront lieu le 1er février parmi les pharmaciens des hôpitaux de Paris : M. Bourquelot passe de la Clinique d'accouchements à l'hôpital des Enfants-Malades, en remplacement de M. Bourgoin, nommé directeur de la Pharmacie centrale; M. Lafont, pharmacien de l'hôpital Trousseau, passe à l'hôpital Cochin (emploi nouvellement créé); M. Léger est nommé à l'hôpital Trousseau, et M. Grimbert est nommé pharmacien de l'hôpital de la Clinique d'accouchements.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ganne (de Parthenay), député des Deux-Sèvres.

— M. le docteur Henri de Lacaze Duthiers, membre de l'Institut, est nommé membre de la commission des voyages et missions scientifiques et littéraires.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Bureau pour l'année 1886 : Président, M. Caulet; vice-présidents, MM. Brongniart et Martineau; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires des séances, MM. Paul Bénard et De Lavarenne; trésorier-archiviste, M. Royer.

Cours élémentaire de gynécologie. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours de gynécologie le lundi 1er février, à neuf heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. A dix heures, visite des malades de la salle de gynécologie (hôpital Pascal, annexe. Salle A).

Ce cours durera jusqu'à Pâques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière.

Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

Les enfants assistés. — Il est question, depuis assez longtemps, d'organiser en Algérie une ou plusieurs colonies agricoles pour les enfants assistés du département de la Seine. Certaines difficultés ont retardé la réalisation de ce projet. Mais il est probable qu'il entrera bientôt dans la période d'exécution.

En effet, l'administration supérieure algérienne s'est mise d'accord avec le conseil général de la Seine, et se montre disposée à lui concéder gratuitement des terrains domaniaux,

On demande **un médecin** pour la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Ch. Eloy : Des exercices musculaires et de l'entraînement gymnastique dans le traitement des maladies du cœur. — II. Bibliothèque : Leçons sur les maladies des voies urinaires. — III. Thérapeutique : Influence de la nutrition sur l'issue des maladies. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Des exercices musculaires et de l'entraînement gymnastique dans le traitement des maladies du cœur.

Sommaire : Exercices physiques et repos systématique dans les cardiopathies. — Influence du repos sur l'obésité des cardiaques, la dégénérescence graisseuse et la circulation. — Entraînement gymnastique. — Climats de montagnes. — Régime sec. — Méthodes diverses. — Exercices actifs. — Exercices passifs. — Massage. — Indications d'après la nature des cardiopathies. — Formule du traitement.

I

S'il est une prescription banale à force d'être répétée, c'est d'astreindre les cardiaques au repos physique comme au repos intellectuel. Cette opinion a pour elle des cliniciens de grand mérite : il y aurait outrecuidance à vouloir d'emblée la réformer. La sagesse clinique consiste plutôt à interpréter cette règle, à en adoucir la stricte observance, et parfois à relever les malades d'une vie absolument sédentaire à laquelle on les condamne avec un peu d'exagération.

Plus d'un praticien pourrait faire ici sa confession et avouer ses tendances à soumettre aveuglément les cardiaques à un repos systématique. On leur a bien permis la marche, mais à pas comptés et sur un terrain horizontal. On leur a concédé le divertissement du billard, l'exercice monotone du piano ; mais on a proscrit de leur régime hygiénique la gymnastique dans ses formes les moins violentes et les plus atténuées. On redoute la dyspnée ; on défend tous les exercices physiques, dans la crainte d'employer le myocarde à fournir « un travail mécanique au lieu de s'em-« ployer à vaincre les résistances que lui opposent les lésions valvulaires « ou artérielles. »

Est-ce à dire que le repos absolu soit exempt d'inconvénients pour les cardiaques? Ce serait nier l'influence de l'immobilité sur l'encombrement vasculaire, sur l'augmentation de la stase sanguine, sur l'accroissement du travail du cœur aboutissant à la défaillance et à l'asystolie. Ce serait nier aussi la production de l'obésité par le défaut d'exercice physique, avec la surcharge graisseuse et l'inertie du cœur pour dernier terme.

II

Pendant l'année qui vient de s'écouler, la littérature médicale allemande s'est enrichie de travaux sur le rôle de l'exercice physique dans le traitement des cardiopathies. De sa meilleure plume, M. OErtel le recommande dans la deuxième édition de la thérapeutique de Ziemssen ; M. Classen dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift* ; M. Schott (de Francfort) dans le *Berliner klinische Wochenschrift*. M. Sommerbrodt, lui aussi, a pris ce dernier journal pour confident de ses observations cliniques, et, enfin, M. Heiligenthal, exposant les mérites de l'Institut Zander, de Baden-Baden, plaide à son tour la même cause.

Examinons d'abord les faits cliniques dont M. OErtel fait la base de son dernier mémoire. Vingt-sept fois, dans cette série, il s'agissait de la sur-

©BIU Santé

charge graisseuse du cœur de gens obèses, et vingt-sept fois, paraît-il, l'application de sa méthode fit disparaître les accidents cardiopulmonaires. D'autres cardiaques, atteints d'emphysème et de bronchites chroniques avec dégénérescence graisseuse, auraient été aussi durablement améliorés. Quatre malades d'une autre série étaient affectés de déviations spinales avec compression pulmonaire, bronchite chronique et hypertrophie de la moitié droite du cœur. Le succès ne fut pas moins heureux. Dans trois cas d'insuffisance mitrale avec rétrécissement, hypertrophie et défaut de compensation, M. OErtel éloigna, paraît-il, des dangers imminents et atténua la gravité des complications. Ce n'est pas tout; une femme, en puissance de maladie de Basedow, avec hydropisie et albuminurie, éprouva le même soulagement.

En résumé, M. OErtel a multiplié ses essais, jusqu'à cinquante-et-un, et dans la majorité des cas a enregistré des succès ou des améliorations durables. Quel triomphe thérapeutique!

J'arrive au témoignage de M. Schott. En 1881, cet observateur a déjà exposé ses idées dans un premier mémoire, qu'il intitula : *Die wirkung der gymnastik auf der Herz* (1). Sous l'influence des exercices gymnastiques, il constatait, dit-il, l'abaissement de la fréquence respiratoire et cardiaque, une plénitude et une force plus grande du pouls, enfin la diminution de la dilatation du cœur. Bien plus, il aurait surpris, par l'auscultation, une amplification de la tonalité des bruits cardiaques ; par la percussion, une atténuation de l'aire de la matité précordiale; par la palpation, la résolution de l'engorgement du foie élargi, congestionné et douloureux.

La méthode adoptée par M. Schott diffère quelque peu de celle de M. OErtel et des procédés de MM. Sommerbrodt, Classen (de Stockholm) et Heiligenthal. Néanmoins, les exercices physiques, associés ou non à des pratiques diverses, mais accessoires, restent la formule fondamentale du traitement. Les indications ne varient guère dans l'esprit de ces observateurs : ils entendent vaincre l'inertie du muscle cardiaque, triompher de l'encombrement de la circulation viscérale ou périphérique, enfin relever la tension artérielle et augmenter l'oxygénation du sang.

Voyons sur quelles raisons physiologiques ou cliniques s'appuie leur raisonnement. Dans la pathogénie des accidents cardiaques, il est un fait sur lequel les cliniciens s'accordent : l'étiologie des hydropisies, de la dyspnée, des congestions viscérales, des stases sanguines, de l'albuminurie. Ces accidents sont liés à la déséquilibration des pressions sanguines dans les divers départements vasculaires et au défaut de compensation. En outre, qu'il s'agisse de l'impotence d'un cœur graisseux, de l'inertie d'un myocarde partiellement dégénéré, ou de l'insuffisance orificielle d'un cœur en dilatation, cette dissonance dans l'harmonie cardiovasculaire ne provoque pas seulement des perturbations mécaniques de la circulation, elle a une autre conséquence plus lointaine, mais aussi grave : l'altération qualitative du sang. L'hématose est en souffrance, les sécrétions se ralentissent et la dépuration rénale s'amoindrit. De là le retard dans les échanges, le ralentissement de la nutrition, enfin la déchéance organique et le développement excessif de la graisse.

Par leur ensemble, ces perturbations mécaniques, chimiques et trophiques forment un cycle morbide que l'invasion graisseuse du cœur

(1) *Beitrage zur physikalischen Diagnostik in Centralb. de med. Work*, 1881.

ouvre et plus tard fermera. Dystrophie au début, dystrophie à la fin, cette dégénérescence graisseuse joue un rôle capital dans l'étiologie des cardiopathies à marche aggravante. On commet donc une erreur thérapeuthique si on s'en tient, pour les combattre, aux médicaments modificateurs de l'hydraulique du cœur, et si on néglige l'emploi des modificateurs de la nutrition.

III

La médication complète des cardiopathies ne consiste pas seulement à éviter l'encombrement circulatoire, à combattre la stagnation du sang, et à soulager l'effort du myocarde en diminuant la masse du liquide à mouvoir. Elle doit encore prévenir ou, si elles existent, atténuer la surcharge et la dégénérescence graisseuse du cœur, augmenter la valeur nutritive du liquide sanguin et, par suite, favoriser les échanges trophiques. D'après les auteurs que nous avons cités, l'exercice physique remplit ces indications.

Ils justifient leur affirmation par le raisonnement suivant : on peut diminuer le volume du sang et l'effort moteur du cœur par la diète des liquides, la prohibition des substances aqueuses et la réduction au minimum de l'eau d'hydratation des aliments. Ces préceptes s'inspirent des règles du régime sec, dont Stokes en 1854 et, avant lui, Corrigan en 1832 affirmaient l'importance, quand ils prescrivaient sévèrement : *The restriction of liquid food in heart diseases* (1). Moyen préventif, le régime sec diminue, dans une certaine mesure, la masse totale du sang et l'encombrement vasculaire; moyen curatif, l'exercice physique arrive au même but, par une voie différente, en favorisant l'élimination des liquides par l'exagération des sécrétions, et contribuant ainsi à la déshydratation de l'organisme.

Ce rôle revient en partie à la sécrétion urinaire. De là, l'utilité connue des diurétiques dans les hydropisies, etc. Ce rôle appartient encore à l'exhalation pulmonaire et à l'exhalation cutanée, fonctions auxquelles s'adresse l'exercice physique. Les injections de pilocarpine tendraient bien au même but; mais, par l'hypersécrétion sutorale qu'elles procurent, l'organisme, dit M. OErtel, n'éliminerait que 300 grammes de liquide; par le bain de vapeur, la perte ne dépasse pas 500 grammes, et par le bain d'air chaud, 1,000 à 2,000 grammes. Par contre, dans une marche assensionnelle de six heures, la perte s'élève à 2,000 et 3,000 grammes.

Fort de ces chiffres et du témoignage de la balance, M. OErtel prescrit le séjour et les exercices corporels en pays de montagnes. En cela, il n'est pas absolument novateur; car, pour citer l'opinion d'un seul, rappelons qu'en 1854, à la page 357 de ses *Diseases of the heart and the aorta*, Stokes recommandait « l'exercice musculaire gradué, la gymnastique méthodique, « les excursions pédestres dans les contrées montagneuses de la Suisse « ou sur les hauts plateaux (*highlands*) de l'Ecosse et de l'Irlande. » Stokes n'a pas été le seul à formuler cet avis, qui est celui d'autres cliniciens émiments.

On redoute généralement, et l'on redoutera toujours avec quelque raison l'exagération de la dyspnée cardiaque par les efforts physiques. M. OErtel n'est pas si timide : il trouve même dans la dyspnée une indication positive aux exercices actifs, et compte sur l'action stimulante d'un sang plus oxygéné sur les centres respiratoires.

(1) Corrigan : *Ed. med. and surg. Journal*, t. XXXVII.

©BIU Santé

C'est donc à titre de modificateur de la nutrition que ce traitement peut rendre des services; c'est en activant les échanges interstitiels qu'il combattrait l'obésité, la surcharge graisseuse du cœur, la dégénérescence des tissus, dont la grande cause est le retard des activités trophiques. Animé d'une telle confiance, M. OErtel ne voit plus désormais l'utilité du système de Banting et d'Ebstein dans le traitement de l'obésité des cardiaques. Il lève, sans hésiter, la prohibition des aliments hydrocarbonés, se contente d'en restreindre l'emploi, et tolère l'usage de la graisse en quantité modérée. Il redoute cette alimentation dans le cas seulement où les exercices musculaires font défaut.

M. OErtel a fait appel aux appareils enregistreurs pour démontrer le retour de l'équilibre circulatoire et le rétablissement de la compensation par l'accélération des mouvements respiratoires et des battements de cœur. Il aurait pu citer notre Cruveilhier, qui, dans le troisième volume de son *Anatomie pathologique*, s'exprime en ces termes : « Si l'on se rappelle combien est grande la quantité de sang qui pénètre les muscles « agissants; combien elle est plus considérable que celle qui circule « à travers les muscles à l'état de repos; si l'on rapproche de ces faits, « d'une part, cette loi de l'économie en vertu de laquelle la fluxion sanguine ne peut être portée au même degré dans deux points à la fois; « d'une autre part, cette autre loi par laquelle l'exercice répété, exagéré « du muscle augmente très rapidement sa masse, son volume et son « énergie de contraction, et développe proportionnellement son système « vasculaire, on comprendra facilement quelle dérivation puissante doit « opérer sur la circulation et sur la nutrition du cœur l'exercice simultané « de presque tous les muscles de l'économie. »

En un mot, toute la philosophie du traitement en litige consiste à employer les vaisseaux, c'est-à-dire les organes périphériques de la circulation, à soulager l'organe central en détresse, ou, en d'autres termes, à appeler le cœur périphérique au secours du cœur central.

IV

Étant admis que les succès de M. OErtel et les résultats annoncés par ses émules autorisent de nouveaux essais dans une prudente mesure, il nous reste à déterminer le genre d'exercices le plus en rapport avec les indications qui précèdent. Ce n'est, à coup sûr, ni la danse, ni l'équitation, ni le saut. Il s'agit d'exercices progressifs et méthodiques, permettant d'obtenir graduellement l'entraînement physique du cardiaque. M. OErtel y arrive par la marche ascensionnelle en pays de montagnes. Les malades doivent préférer, dans leurs excursions pédestres, les chemins en pente; ils les parcourront, le premier jour, sur une distance maximum d'un hectomètre, en interrompant ce trajet par des pauses de repos. Les jours suivants, l'itinéraire augmente de longueur, et, après un, deux, trois ou quatre septénaires, on constate la diminution du tissu graisseux, de la dyspnée et de l'œdème. Simultanément, il est vrai, les malades suivent le régime sec, de sorte que le bénéfice obtenu n'est pas l'œuvre exclusive de l'exercice physique.

Plus grande encore est l'importance que M. Sommerbrodt attache au séjour dans les pays de montagnes, dont il a interprété différemment l'action thérapeutique. Au lieu de voir dans la dilatation vasculaire un

phénomène mécanique en rapport avec l'augmentation de la pression sanguine, il y voit un phénomène réflexe dû à l'excitation des nerfs sensitifs du poumon. Qu'importe ces divergences théoriques?

Dans sa méthode, M. Schott combine la balnéation thermale de Nauheim avec la gymnastique des muscles du tronc et des membres supérieurs. Cette gymnastique consiste en mouvements alternatifs de flexion, d'extension et de projection des bras, qu'un aide dirige et gradue conformément aux indications, et de façon à mettre en jeu les muscles respirateurs (1). En favorisant la circulation, ces exercices passifs produisent des phénomènes analogues à ceux du massage, dont les pratiques sont trop négligées daus le traitement des cardiopathies, et dont nous ne saurions trop recommander l'emploi sur les membres œdématiés, pour réveiller la contractilité des vaisseaux périphériques. La thèse de M. Perrussel mentionne deux cas de cardiopathies dans lesquelles le massage améliora la circulation. Ici, les témoignages sont satisfaisants; et, faut-il le rappeler? Galien recommandait ce traitement contre les hydropisies.

Le massage peut rendre encore des services à titre de tonique général. M. Nordstrœm (de Stockholm) appelle l'attention sur cette vertu assez peu appréciée de l'art qu'il pratique. On n'a pas oublié le mémoire de Mme Jacobi, démontrant, dans le troisième et le quatrième volumes des *Archives of medicine,* son heureuse influence sur la nutrition générale des anémiques.

De tout ce qui précède, allons-nous conclure qu'on doit renoncer, dans le traitement des cardopathies, à la prudence traditionnelle? Non, certes ; car ce serait une hérésie de proclamer l'unité pathogénique des maladies du cœur, et une erreur fatale d'y adapter une médication systématique. Il faut établir une distinction entre l'entraînement gymnastique des exercices actifs et l'effet des exercices passifs. Certains cardiaques vrais retireront bénéfices des premiers, les cardio-aortiques profiteront des seconds, les aortiques auront peu à gagner de ceux-ci et beaucoup à craindre de ceux-là.

On ne saurait disposer de ressources trop variées dans la thérapeutique des maladies du cœur. Entre le repos absolu indispensable à certains cardiaques et les efforts musculaires excessifs, nuisibles à tous, il y a place pour un entraînement gymnastique sagement gradué. Avant tout, ne soyons pas systématiques, et répétons avec Baglivi : *In medicinâ, majorem vim facit experientia quam ratio.*

Ch. Éloy.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur les maladies des voies urinaires, par le docteur Reliquet; 2e fascicule, *Stagnations d'urine.* — E. Lecrosnier, Paris, 1885.

M. Reliquet s'est acquis de longue date une légitime réputation dans l'étude des maladies des voies urinaires. Ce n'est donc pas l'essai d'un inconnu que nous présentons à nos lecteurs, c'est l'opinion et la pratique d'un homme d'expérience sur une série de questions choisies parmi les plus intéressantes et les plus graves dans cet ordre d'idées.

Il s'agit, dans ce fascicule, des *stagnations d'urines,* c'est-à-dire de l'état anormal que présentent les voies urinaires toutes les fois que la miction ne les vide pas abso-

(1) Il y a loin, heureusement pour les cardiaques, de cette méthode aux tours de force acrobatiques que proposait Classen au Congrès de Hambourg en 1885.

©BIU Santé

lument, et qu'il reste de l'urine en un point quelconque : uretère, vessie, urèthre. L'hydronéphrose, les dilatations uréthrales, les cavités prostatiques ont leur place dans ce cadre étendu; mais la stagnation dans la vessie est de beaucoup la plus importante.

Elle se produit quand l'équilibre est rompu entre les deux activités antagonistes de la vessie et de l'urèthre : spasme du canal luttant contre une vessie normale, vessie atonique luttant mal contre un urèthre sain ou altéré. De là une étiologie multiple et une infinie variété dans les cas cliniques. On aurait tort de restreindre aujourd'hui l'étude des stagnations urinaires, comme on l'a fait après Civiale, au rétrécissement de l'urèthre et à l'hypertrophie de la prostate. Ainsi, « toutes les irritations ayant pour siège le prépuce, le gland, le méat... sont l'origine d'un réflexe dont le résultat est la contracture de la région profonde de l'urèthre... », et par ce mécanisme, le phimosis, l'atrésie du méat, sa situation élevée sur le gland, un reste d'inflammation dans la valvule de la fosse naviculaire, une cowpérite, un gravier dans la portion pénienne, etc., sont des causes de stagnation et de rétention d'urine; celle-ci disparaît par la suppression de la cause, circoncision, débridement du méat, etc., sans que la sonde intervienne, ou après l'insuccès inexpliqué du cathétérisme. Je laisse de côté bien des faits particuliers, tirés de la pratique de l'auteur.

Il est fort intéressant de comparer entre elles les deux grandes divisions étudiées dans les chapitres suivants : stagnation chez les rétrécis, stagnation dans l'hypertrophie prostatique. M. Reliquet y analyse avec sagacité et présente d'une façon originale les conditions de la miction anormale dans ces deux états morbides, et arrive à nous rendre compte de leur évolution, de leur physionomie clinique si différentes. Chez les rétrécis, la vessie fatiguée n'arrive pas à expulser toute l'urine; mais un grand fait domine la situation : le col n'est pas déplacé comme dans l'hypertrophie de la prostate, le rapport des parois vésicales avec lui n'est pas altéré, et la « résultante de leur contraction tombe toujours dans son orifice ». Il en résulte que la stagnation est due exclusivement à l'insuffisance de contraction de la vessie; qu'elle peut temporairement disparaître et la vessie se vider complètement, si la paroi vésicale est excitée par un réflexe partant du col, du rein ou de l'urèthre, comme l'auteur en cite des exemples; enfin, qu'il n'y a pas lieu de parler d'un traitement des stagnations d'urine chez les rétrécis. En effet, ce traitement n'est autre que la suppression du rétrécissement; l'obstacle disparu et la vessie ayant repris sa force, la stagnation disparaîtra d'elle-même, puisque le rapport physiologique du col et des parois n'est pas troublé, puisqu'il ne reste aucune disposition anatomique qui puisse retenir l'urine en dépit des contractions musculaires.

Tout autre est la stagnation dans l'hypertrophie de la prostate. Cette lésion augmente, comme on sait, la longueur de la région profonde de l'urèthre, et élève le col vésical en arrière du pubis. Lorsque la vessie se contracte et ouvre le col avec plus ou moins de peine, une partie de l'urine s'écoule; lorsque, fatiguée de lutter contre l'obstacle, elle faiblit et s'arrête, l'autre partie est retenue, il y a stagnation comme dans le cas de rétrécissement; que maintenant un nouvel effort ou un réflexe intervienne, il ne suffit pas à chasser toute l'urine, parce que la ligne de contraction de la vessie ne tombe plus dans l'axe du col, et les parois se contractent douloureusement sur une masse liquide incompressible. Telle est la cause de la persistance de la stagnation et de son aggravation continuelle.

La stagnation prostatique a trois stades. Pendant la période latente, l'auteur décrit avec soin les troubles de la miction à leurs débuts, la distension vésicale et son diagnostic par la percussion, la dyspepsie qui accompagne ces premiers signes, la constipation et la distension du rectum qui déplace le col en haut et congestionne la prostate, l'amélioration qui survient après l'évacuation totale de l'intestin, etc. Dans la période d'excitation, outre l'étude des symptômes et du cathétérisme, nous trouvons des remarques importantes sur les phénomènes qui se produisent quand on vide totalement et sans précautions une vessie très distendue par l'urine : rétraction des parois, diminution de leur dilatabilité, rétention complète persistante, hémorrhagie et cystite parenchymateuse. L'auteur explique les hémorrhagies et les phénomènes d'irritation qui surviennent après une évacuation trop rapide, en disant que le retrait soudain de la

tunique musculaire surprend, pour ainsi dire, la muqueuse non préparée à ce mouvement rétrograde, la fronce, y emprisonne le sang, et détermine ainsi la formation de foyers apoplectiques dans sa trame et le suintement sanguin à sa surface. La période d'excitation se termine par la formation des colonnes, la sclérose du tissu, enfin l'atonie vésicale (période d'état).

M. Reliquet n'oublie pas de nous décrire les altérations des uretères, dilatation, libre communication avec la vessie; celles des reins, compression du parenchyme par l'urine accumulée, néphrite et pyélo-néphrite; celles de la prostate et des voies séminales (orchites). De longues pages sont consacrées aux altérations de l'urine, au sang, aux mucosités, à l'état ammoniacal; la place nous manque pour entrer dans l'analyse de détails aussi complexes.

Les troubles généraux qui accompagnent la stagnation d'urine relèvent de deux causes : l'intoxication urineuse, l'insuffisance rénale. La première est décrite dans ses deux formes, aiguë et chronique. *Insuffisance rénale* est une expression heureuse mise en avant par l'auteur pour désigner les troubles urémiques amenés par les lésions du rein et le défaut d'excrétion. L'état général du malade a une grande influence sur la marche des accidents locaux et généraux. Ainsi, chez les alcooliques, les diabétiques, le albuminuriques, arrivés à la période de dénutrition, on voit les accidents les plus graves se produire malgré toutes les précautions. Chez les ataxiques qui ne vident pas leur vessie, survient avec la plus grande facilité, et sans cause bien appréciable, une altération purulente persistante des urines; chez eux aussi l'exploration avec les instruments métalliques provoque aisément l'intoxication urineuse aiguë.

L'idéal du traitement des stagnations d'urine serait d'avoir un remède ou un procédé qui permit d'abaisser le col et de rétablir immédiatement ses rapports physiologiques avec les parois vésicales. Malheureusement, nous n'avons entre les mains que des moyens détournés. Pendant la période latente, la première indication pour faire cesser la congestion prostatique, c'est de maintenir le rectum constamment vide. Or, il arrive souvent que l'intestin est tapissé de matières anciennes, de « platras fécaux », chez des malades qui vont tous les jours à la selle et qui croient n'être pas constipés. M. Reliquet recommande un grand lavement d'un litre d'eau tiède, matin et soir, introduit lentement jusqu'au-dessus de la prostate, à l'aide d'une longue canule en gomme très souple, afin d'imbiber les masses fécales. Les malades sont étonnés de la quantité des matières qu'on leur fait rendre ainsi; le soulagement est immédiat, les mictions plus abondantes et moins fréquentes. Il faut aussi leur recommander de ne jamais faire d'efforts et d'uriner debout, assis ou accroupis. La première pensée du chirurgien, auprès d'un malade qui urine mal, doit être, non pas de le sonder séance tenante, mais au contraire d'éviter le cathétérisme et de rétablir la miction en calmant l'excitation de la vessie et de l'urèthre par les moyens indirects : boissons, régime lacté, onctions périnéales, etc.

Mais, dans la période active de la stagnation d'urine, et dans la rétention complète, force nous est bien d'intervenir. M. Reliquet conseille, pour éviter les dangers d'une évacuation trop rapide, non de la faire en plusieurs séances, comme d'autres chirurgiens le recommandent, mais de la faire complète en une seule fois et de substituer à l'urine deux ou trois cents grammes d'eau boriquée tiède. Puis il place la sonde à demeure, qui permet mieux que les cathétérismes répétés de mettre la vessie et l'urèthre à l'état de repos. Ici encore, nous devons nous arrêter, faute de pouvoir passer en revue toutes les règles d'application de la sonde à demeure, tous les moyens adjuvants qu'on met en œuvre pour faire cesser l'excitation vésico-uréthrale, et, après la période des accidents aigus terminée, les soins hygiéniques de la vessie auquel le malade doit se soumettre pour en prévenir le retour, le régime qu'il doit suivre pour ne pas donner à ses reins, devenus insuffisants, trop de matérieux solides à éliminer. Sur ce dernier point, l'auteur conseille d'observer : 1° la quantité d'urine, 2° la quantité d'urée par vingt-quatre heures. Lorsqu'il y a diminution de l'urée, ou lorsque tout, urine et urée, est au-dessous de la normale, il faut imposer le régime lacté; c'est jusqu'à présent le seul moyen réellement actif contre l'insuffisance rénale.

Tel est, en résumé, le nouveau fascicule de M. Reliquet. Nous avons tenu à en mettre

©BIU Santé

en lumière les points principaux, pour montrer, par cet aperçu très sommaire, combien la lecture en est instructive. — L.-G. R.

THÉRAPEUTIQUE

Influence de la nutrition sur l'issue des maladies

Par M. le docteur Girard.

Gubler répudiait l'entité morbide et, conséquemment, le traitement scientifique ; il n'entendait par médication qu'un ensemble de moyens destinés à triompher d'un ensemble de symptômes dont l'un d'eux, la dénutrition, ne fait jamais défaut.

La dénutrition est souvent la cause, et toujours la conséquence des désordres de l'économie; elle survient dans les conditions les plus opposées en apparence : les forces du tube digestif sont mises en péril par une nourriture insuffisante en quantité ou en qualité, et par une existence sédentaire; une vie trop active, une croissance rapide, une dépense nerveuse exagérée les compromettent également et empêchent souvent la recette de s'élever à la hauteur de la dépense.

Parfois aussi, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la pleurésie, la bronchite, la fièvre typhoïde, la diarrhée, commencent la dilapidation des forces; la dénutrition devient alors effet et cause; l'appétit, ce précieux auxiliaire, nous abandonne; l'anorexie et l'intolérance de l'estomac deviennent quelquefois invincibles.

L'entité morbide peut disparaître, mais trop souvent la place est envahie par la phthisie qui trouve le sol bien préparé à la recevoir.

La dénutrition enferme l'économie dans un cercle vicieux; elle apparaît lorsque les forces physiques sont prodiguées ou mises en péril par la maladie; elle continue son œuvre par la ruine des fonctions digestives, et elle achemine sans secousse l'organisme tout entier vers la banqueroute.

L'observation suivante est l'argument de cette thèse :

J'eus à soigner un cas de gangrène de la jambe chez une femme âgée; la gravité de l'état général avait anéanti les forces de l'estomac et tari les sucs digestifs; la fétidité de la plaie ajoutait encore au dégoût de la malade, l'anorexie était complète, et les aliments n'étaient pas tolérés.

La dame N..., âgée de 70 ans, n'avait jamais eu d'accident diathésique, mais sa constitution s'altéra profondément sous l'influence de l'âge et de chagrins de famille; elle perdit l'appétit, une rougeur de mauvaise nature apparut sur la jambe gauche, dont le tiers supérieur fut bientôt envahi par la gangrène qui gagna successivement toute la peau, de la rotule aux malléoles ; la partie postérieure de la jambe échappa seule. Les tissus profonds se mortifièrent, et bientôt commença l'élimination graduelle des aponévroses et du tissu cellulaire, on recourut même à l'intervention chirurgicale, pour faciliter leur élimination. L'intolérance complète de l'estomac vint compliquer cet état déjà bien grave.

L'âge de la malade, l'étendue de la plaie, l'altération profonde des tissus mortifiés, laissaient bien peu d'espoir; cependant, je ne renonçai pas à la lutte et je songeai à fournir à l'organisme les éléments indispensables qui lui permissent de résister à un processus si lent et si grave. La tâche n'était pas facile; la faiblesse était grande, l'anorexie complète; la malade ne supportait qu'un peu de vin sucré. J'essayai les poudres de viande dans du tapioca; elles furent rejetées. Je pensai à la peptone; la malade déclara qu'elle ne voulait plus rien prendre. C'est alors que j'eus l'idée de substituer au vin, qu'elle acceptait encore, le vin Defresne; pendant plus d'un mois, elle prit chaque jour 200 grammes de vin de peptone en quatre fois. Elle absorbait ainsi par jour, selon M. Defresne, 100 grammes de viande, 32 grammes de sucre et 32 grammes d'alcool.

Le résultat dépassa mes espérances : la plaie s'amenda; elle était pansée à l'eau alcoolique phéniquée. Le pus perdit son aspect grisâtre et devint blanc crémeux; les bourgeons charnus marchèrent régulièrement, de la circonférence au centre. Pendant

ce temps, l'anorexie avait disparu ; la malade acceptait volontiers un œuf à la coque, de la crème sucrée, et enfin de la viande rôtie. Après trois mois de traitement, la cicatrisation était complète et tout danger avait disparu.

Chez ma malade, l'âge et la dépression morale avaient, on le voit, retenti sur la digestion, et diminué la nutrition générale; la cachexie s'était traduite par de la gangrène. L'anorexie complète, l'intolérance de l'estomac, rendaient impossible l'entretien de l'organisme épuisé encore par une suppuration de mauvaise nature et la mortification des tissus.

La peptone, quatre fois plus riche que le vin en principes azotés et en phosphates, était indiquée; mais, devant la volonté de la malade, nous usâmes de subterfuge, et, à l'aide du vin de peptone Defresne, nous nous rendîmes maître du symptôme le plus grave : la dénutrition. (*Gaz. des hôp.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

Correspondance officielle :

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Hayem, comme membre titulaire dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Noël Gueneau de Mussy, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Hayem prend place parmi ses nouveaux collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Chatin, Prunier, Quesneville et Vigier, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. Barrier, qui se porte candidat à la classe déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire;

3° Une lettre de M. Gallard, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale;

4° Une lettre de M. Zambaco (de Constantinople), qui sollicite le titre de membre correspondant;

5° Un mémoire intitulé : *Des modifications apportées par la cure de Lamalou, à quelques symptômes de la période initiale du tabès*, par M. le docteur Belugou;

6° Une lettre de M. le docteur Passant, qui, au nom de Mme veuve Otheline Durand, offre à l'Académie le buste du médecin Falconet, dû au ciseau du célèbre sculpteur Etienne Falconet, frère du médecin.

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de l'un de ses membres les plus anciens, M. Jules Guérin, décédé à Hyères, lundi 25 janvier, dans sa 85e année.

M. J. Guérin faisait partie de l'Académie depuis 1842; sa mort laisse, dit M. le Président, un vide qui sera surtout apprécié par ceux qui ont vu à l'œuvre ce médecin éminent. Travailleur infatigable, par ses tentatives thérapeutiques nombreuses et variées, tant en chirurgie qu'en médecine, particulièrement par les applications de la méthode sous-cutanée, par son influence dans la presse médicale, son ardeur et sa ténacité dans la polémique scientifique, J. Guérin a joué un rôle que l'on peut apprécier de diverses manières, mais qu'il est impossible de méconnaître.

— M. Dujardin-Beaumetz fait une communication à propos de l'hopéine, substance tirée du houblon et à laquelle on attribue des propriétés hypnotiques remarquables.

M. Dujardin-Beaumetz se disposait à expérimenter ce remède nouveau, lorsqu'il fut mis par M. Petit, pharmacien, en garde contre l'authenticité de ce produit venu de New-York.

La substance, envoyée d'Amérique comme étant de l'hopéine, a été analysée par

©BIU Santé

M. Dujardin-Beaumetz avec l'aide de M. le docteur Bardet, chef du laboratoire de l'hôpital Cochin. Ils se sont assurés qu'en effet la prétendue hopéine présentait tous les caractères chimiques de la morphine, dont elle ne diffère que par l'odeur, grâce à l'addition d'un peu d'essence de houblon, et par son prix beaucoup plus élevé que celui de la morphine.

« La constatation de ce fait, dit M. Dujardin-Beaumetz en terminant, permet d'émettre trois hypothèses : ou l'hopéine a les mêmes réactions que la morphine; — ou le houblon sauvage d'Amérique contient de la morphine, — ou bien, enfin, sous le nom d'hopéine, des droguistes étrangers vendent de la morphine aromatisée avec le houblon. C'est la dernière hypothèse qui est la plus vraisemblable. »

M. A. Gautier signale des fraudes analogues à propos de la vente du venin d'ophidien et du chlorure de méthylène. M. Méhu parle dans le même sens que M. Dujardin-Beaumetz.

M. Léon Labbé donne lecture d'une note intitulée : *Complément d'une note présentée e 24 mars 1885, à l'Académie de médecine, à l'occasion d'un cas d'extirpation totale du larynx.*

Dans la séance du 24 mars 1885, dit M. L. Labbé, lorsque j'ai communiqué à l'Académie la relation d'un cas d'extirpation totale du larynx, pratiquée le 12 du même mois, pour un cas de sarcome fasciculé du larynx, j'ai pris l'engagement de donner, ultérieurement, la suite de cette observation. C'est cet engagement que je viens tenir aujourd'hui.

A ce moment (24 mars 1885), quatorzième jour de l'opération, l'état du malade était absolument satisfaisant. Il s'alimentait abondamment au moyen de la sonde. Les douleurs intolérables qu'il éprouvait du côté des oreilles et qui s'opposaient à tout sommeil, avaient cessé immédiatement après l'opération ; son état local et général ne laissait rien à désirer.

Le 7 avril, nous avons pu commencer à faire manger M. X... par la bouche, lui enlevant sa sonde pendant toute la journée, et la lui remettant le soir, pour lui permettre de s'alimenter seul pendant la nuit, et empêcher, en même temps, le rétrécissement de l'orifice supérieur de l'œsophage. L'alimentation par les voies naturelles nécessitant en effet certaines précautions, il fallait oblitérer, d'une façon absolue, l'orifice trachéal, pour s'opposer à la chute des aliments dans ce conduit. La possibilité de la production de cet accident était la conséquence de l'ablation que nous avions été obligés de faire de l'épiglotte envahie par la maladie. Aussi, chemin faisant, insistons-nous sur l'importance de la conservation de l'épiglotte, lorsque cet organe est resté complètement sain.

Le 10 avril, M. Cadier et moi, nous avons fait l'application d'une première canule parlante. Le malade a pu la conserver pendant quelques instants et parler d'une manière intelligible.

A la suite de ce premier essai on a dû faire subir diverses modifications à la courbure de la canule, et en arriver à l'emploi d'une canule définitive composée de deux parties, l'une *respiratoire* (pour ainsi dire), qui s'engageait dans la partie supérieure de la trachée, et la seconde indépendante et enclavée dans la première qui était la canule *parlante* proprement dite.

Pour permettre à cette canule de s'adapter d'une façon exacte et précise sur les contours de la plaie déjà cicatrisée, nous l'entourâmes d'un manchon de caoutchouc que nous avions soin de gonfler avec de l'eau.

Dans ces conditions, la déglutition se faisait de la façon la plus parfaite, sans qu'aucune goutte de liquide pût descendre à la partie antérieure du cou et pénétrer dans les voies aériennes.

Pendant tout le temps qu'ont duré ces diverses modifications et essais d'appareil, le malade a joui de la santé la plus parfaite. Il a engraissé, sa figure a repris de l'embonpoint, et ses forces sont revenues assez grandes pour qu'il ait pu reprendre sa vie à peu près ordinaire.

Vers le 20 avril, il a commencé à sortir, et, au mois de mai, il s'est rendu au Salon de peinture.

Puis, à partir de ce moment, il est allé deux ou trois fois par semaine à Joinville-le-Pont, où il possédait une maison de campagne. Sa santé ne laissait alors rien à désirer, ni sous le rapport local, ni sous le rapport général.

Malheureusement, à la suite d'un refroidissement causé par une série d'imprudences, il fut pris d'une pneumonie aux progrès de laquelle il succomba le 6 juin, quatre mois après l'opération.

M. Lagneau fait un rapport sur un travail de M. le docteur Aubert, intitulé : *Essai de statistique démographique et de topographie médicale du département de la Vendée.*

Ce département se partage en trois régions : le Bocage, la Plaine et le Marais, dernière région en partie émergée depuis les derniers temps géologiques, voire depuis les temps historiques.

La plus grande partie du pays paraît avoir été peuplée de Pictons, Pictades de race celtique. D'autres peuplades dites Atlantiques : Ambiiatres, Cœnicens, Anagnutes, Agésinates Cambolectri, paraissent avoir occupé certains points du littoral.

M. Lagneau insiste surtout sur la rapide multiplication de la population en Vendée depuis le commencement de ce siècle. En 1806, à la suite de la guerre civile, elle se trouvait réduite de 305,281, recensés en 1791, à 268,646. En 1881, le dénombrement y constatait 421,642 habitants. C'est là un accroissement véritable et non seulement apparent comme ceux qu'on note dans les provinces où l'immigration est plus active que l'émigration-

M. Leblanc dit que son père, originaire du Bocage, représentait le type des habitants de cette partie de la Vendée. Il ne peut donc pas laisser dire que les habitants du Bocage sont en général de petite taille; au contraire, ils sont grands et ont les traits accentués. En outre, les habitants du Bocage, contrairement à ce qu'affirme M. Lagneau, ne sont pas sujets à la hernie ; cette infirmité serait plutôt l'apanage des habitants du Marais.

Enfin, relativement à l'accroissement de la population en Vendée, M. Leblanc pense qu'il doit être expliqué par ce fait que les habitants de ce pays sont généralement de petits métayers ayant besoin d'avoir beaucoup d'enfants pour les aider dans leurs travaux et pour remplacer les domestiques qui sont rares et chers. Il y a donc là, pour eux, un encouragement à la multiplication, et c'est ce qui explique cet accroissement considérable dont parle M. Lagneau.

— La séance est levée à quatre heures.

FORMULAIRE

Liqueur tonique. — A. Fort.

Ecorce de quinquina gris concassée	25	grammes.
Ecorce d'oranges amères concassée	6	—
Racine de colombo concassée	4	—
Racine de gentiane concassée	4	—
Racine de rhubarbe concassée	4	—
Fleurs de camomille	4	—

Mêlez et introduisez le tout dans un appareil à lixiviation. Lessivez alors : 1° avec 300 grammes de cognac ; 2° avec 750 grammes d'eau, pour obtenir un litre de liqueur. — Dose : une grande cuillerée avant chaque repas, pour donner de l'appétit aux malades anémiques et affaiblis. — N. G.

COURRIER

Vendredi dernier, les élèves et les amis de M. Mathias Duval ont fêté sa nomination de professeur d'histologie à la Faculté. Médecins et chirurgiens, collègues de la Faculté de médecine et de l'Ecole d'anthropologie, représentants de l'Ecole des Beaux-Arts, se sont réunis à l'hôtel Continental en un banquet de 120 couverts. MM. Gavarret, Béclard,

Dastre, Laborde, Comte, Topinard, Blanchard, Treille ont tour à tour pris la parole pour souhaiter la bienvenue au nouveau professeur, retracer sa brillante carrière, le féliciter de son légitime succès. Ceux qui connaissent M. Mathias Duval ne seront pas étonnés d'apprendre que sa réponse à toutes ces marques d'affection et d'estime a été pleine d'élévation et de cordialité.

Nécrologie. — Le président de l'Académie a annoncé dans la séance d'hier la mort de M. Jules Guérin. Il avait 85 ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bezu (de Bourbonne).

— MM. les élèves en médecine et en pharmacie de l'École de Marseille ont offert aux hospices de cette ville une somme de 19,455 fr. 55 c., produit net des bals de charité qu'ils ont donnés ces dernières années, en exprimant le désir que l'administration fasse édifier un bâtiment d'isolement pour le traitement des enfants atteints de maladies contagieuses ou épidémiques.

Accédant aux vœux de ces généreux donateurs, la commission administrative des hospices a fait dresser le devis de la construction demandée, qui va combler une lacune regrettable, depuis longtemps signalée. Les travaux seront entrepris incessamment.

— Le ministre de la marine a décidé que le prix de médecine navale pour l'année 1885 serait décerné au médecin de marine de première classe, M. le docteur Bellamy, du port de Brest, pour un remarquable rapport sur le service médical du Haut-Sénégal.

Hospice Debrousse. — Aux termes d'un décret rendu le 10 décembre 1885, le Conseil d'Etat entendu, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs résultant, en faveur de cette administration, de la disposition par laquelle la dame Alquier, née Marie-Catherine Debrousse, suivant son testament olographe du 23 mars 1882, a stipulé que le reste de sa fortune, évalué à plus de cinq millions, devra être employé à la construction et l'établissement d'un hospice à Paris.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Chédevergne, professeur de clinique externe, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Tours. — M. Danner, professeur de physiologie, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Hôpitaux de Toulouse. — A la suite d'un brillant concours, ont été nommés : 1° Médecin adjoint, M. Bézy. — 2° Chirurgiens adjoints, MM. Dupin et Cadène.

Hôpital civil de Versailles. — MM. les docteurs de Vauréal et Laurent sont nommés membres titulaires.

Ecole de médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 8 mars 1886 pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Des myopathies progressives primitives. — II. Revue des Journaux : Polymastie et polythélie. — III. Thérapeutique : Du traitement de la toux. — VI. Variétés. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Paracelse et Van Helmont. — VII. Formulaire.

Des myopathies progressives primitives.

La question des amyotrophies a subi des vicissitudes diverses et, en ce moment même, passe par une phase critique.

Les premiers historiens de l'atrophie musculaire progressive en avaient fait une affection périphérique localisée au muscle lui-même. Puis, Cruveilhier ne tardait pas à signaler l'atrophie des racines antérieures, préludant à la découverte du véritable foyer d'origine de la maladie unanimement rapportée aujourd'hui à l'altération des grandes cellules motrices des cornes antérieures de la moelle.

Des démembrements successifs éliminèrent définitivement de la maladie de Duchenne-Aran, les amyotrophies secondaires des myélites diffuses, de la sclérose en plaques, de l'ataxie, de la sclérose latérale amyotrophique, les amyotrophies des poliomyélites antérieures de l'enfance et de l'adulte, celles des névrites périphériques ou des lésions radiculaires, à mesure que ces affections conquéraient leur place dans la névropathologie, que s'étendait et se précisait à la fois leur ressort.

Mais ce travail n'était pas terminé qu'on était déjà obligé de compter, par un retour en arrière, avec certaines myopathies indépendantes de toute lésion nerveuse, centrale ou périphérique, et relevant directement d'une altération primitive du tissu musculaire même. Telle était la paralysie pseudohypertrophique ou myosclérosique de Duchenne dont Eulenburg et Cohnheim en 1865, Charcot en 1871, démontraient le caractère protopathique, et depuis lors le domaine des myopathies primitives n'a cessé de grandir.

Dans ces derniers temps surtout, ses limites se sont notablement

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT

Messieurs,

En commençant le cours de cette année, je tiens, suivant mon habitude, à vous en rappeler le programme et à vous dire le choix que j'ai fait pour la leçon d'ouverture. Déjà, pendant le semestre dernier, je vous ai exposé l'*Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie*. Je suis loin d'avoir épuisé le sujet ; vous n'en connaissez qu'une partie. Je continuerai à vous montrer à la fois les œuvres et la biographie des médecins novateurs, dont le rôle a été si grand et si utile et auxquels la science doit être reconnaissante.

Dans cette première leçon, je veux appeler votre attention sur deux personnalités remarquables, et vous faire apprécier Paracelse ainsi que Van Helmont. Ils ont été qualifiés de réformateurs, de fondateurs de l'iatro-chimie, de précurseurs du vitalisme, etc. Exaltés outre mesure par les uns, absolument dépréciés par d'autres, que devons-nous penser de ces hommes étranges et si discutés ?

Mais avant de me livrer, avec vous, à cette intéressante et fort difficile étude, je ne puis oublier qu'un de vos maîtres, mon cher et éminent collègue, M. Bouchardat, acceptant l'honorariat, a donné sa démission et quitté la Faculté. Vous connaissez tous

©BIU Santé

accrues; on en a même si artificiellement morcelé l'étude et, avec une telle complaisance, multiplié les espèces, qu'une réelle confusion s'est introduite dans un sujet déjà suffisamment complexe par lui-même, et qu'un travail de revision et de simplification s'impose dès aujourd'hui dans la voie toute tracée et suivant un programme qui se recommande du nom même de Charcot et de l'enseignement de la Salpêtrière (1). Ce sera notre tâche d'aujourd'hui.

I

PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE OU MYOSCLÉROSIQUE.

Cette affection est caractérisée, comme on sait, par le contraste d'une impotence fonctionnelle souvent considérable et du développement en apparence luxuriant des masses musculaires parésiées. Presque exclusivement maladie de l'enfance, atteignant surtout les garçons, l'hérédité joue un rôle considérable dans sa production, et il est fréquent de rencontrer dans la même famille plusieurs enfants simultanément frappés, les frères principalement, pendant que les sœurs indemnes en réservent le triste apanage à leur descendance mâle. Le début a lieu par les membres inférieurs; l'enfant marche mal, se fatigue rapidement, prend, dans la station et la déambulation, une attitude bizarre, écartant les jambes, se dandinant. se déhanchant, les reins creusés par une forte ensellure. Puis apparaît, au bout d'un certain temps, le signe caractéristique, le développement exagéré des muscles, qui forment un relief énorme, et donnent au membre des formes athlétiques masquant, en réalité, une impuissance motrice croissante, car le malade ne peut bientôt plus se tenir debout ni même assis, et finit par garder une immobilité qu'il lui est très pénible ou tmpossible de rompre.

(1) Charcot : Revision nosographique des atrophies musculaires progressives. (*Progrès médical*, 1885, p. 179.) — Marie et Guinon : Contribution à l'étude, etc. (*Revue de médec.*, 1885, p. 793.)

le professeur consciencienx qui aimait à pénétrer jusqu'au vif des questions. Thérapeutiste précis, hygiéniste de premier ordre, auquel les sciences physico-chimiques sont familières, il mettait en relief dans son enseignement le point important, le côté étiologique, pour arriver à la meilleure application de l'hygiène. En votre nom et au mien, adressons à ce travailleur infatigable, dont l'ardeur peut encore servir d'exemple à bien des jeunes, notre vive et respectueuse sympathie.

Je souhaite la bienvenue à votre nouveau maître, M. Adrien Proust.

C'est avec une douloureuse émotion que je vous fais part de la mort du professeur Charles Robin qui fut mon maître et mon ami. Le nom de Charles Robin est lié au mouvement scientifique de notre époque. Jeune encore, notre regretté collègue avait été l'introducteur, et en quelque sorte le créateur, des études histologiques à Paris. Dans ses cours particuliers, où j'étais son préparateur, plus tard, dans son enseignement officiel, il avait embrassé et poursuivi avec une grande largeur de vues, l'investigation des éléments anatomiques et des tissus de l'homme ainsi que des êtres organisés. Je puis vous dire que l'œuvre du laborieux chercheur est des plus importantes en anatomie générale, en anatomie comparée, en histoire naturelle, d'un mot, en biologie. Peu d'hommes, arrivés au terme d'une longue carrière, ont pu accomplir d'aussi nombreux et d'aussi utiles travaux que Charles Robin pendant une trop courte existence!

I

Le vrai nom de Paracelse est Théophraste Bombast von Hohenheim. On le trouve

Ce sont les muscles du mollet qui sont pris en premier lieu, puis les autres muscles de la jambe, ceux de la fesse, de la cuisse; plus tard vient le tour des muscles du tronc, des lombes, de l'épaule, du bras. On a signalé aussi l'hypertrophie des temporaux, de la langue et même du cœur (1).

Friedreich a insisté sur un signe des plus importants qui avait échappé à Duchenne, c'est l'atrophie que subissent certains muscles parallèlement à l'hypertrophie du plus grand nombre (2). Cette particularité a été mise ensuite en relief par Damaschino (3), Hamon, Möbius (4), Gradenigo. L'atrophie frappe surtout les muscles de la ceinture scapulaire, le grand pectoral, le grand dorsal, les fibres moyennes du trapèze, le biceps; elle se manifeste d'emblée, indépendamment de tout état hypertrophique antérieur des mêmes muscles, et, dans une observation due à Goodridge, on la voit même apparaître comme symptôme avant-coureur de la pseudohypertrophie qui n'envahira que plus tard les membres inférieurs (5).

Il y a plus : on savait déjà qu'il n'y avait pas d'équation à établir entre le développement pseudohypertrophique des muscles et leur affaiblissement fonctionnel. Mais M. Charcot insiste aujourd'hui sur ce fait qu'ici, comme dans toute myopathie progressive primitive, le volume des muscles n'est rien, leur impotence fonctionnelle est tout. L'hypertrophie n'est donc rien moins qu'un élément essentiel à la constitution de la paralysie pseudo-hypertrophique, et c'est ainsi que M. Charcot nous donne l'intéressante observation du jeune Long..., comme un type de paralysie myosclérosique, dont il présente tous les désordres fonctionnels (attitude de la marche, ensellure, scapulæ alatæ, difficulté pour se relever dans le décubitus et

(1) Hammond. Fait de Weir Mitchell et G. L. Gerhardt, *Malad. du syst. nerv.* Traduct. franç., 1879, p. 561.

(2) *Ub. progr. Atroph.*, Berlin, 1873.

(3) *Gaz. des hôp.*, 1882, p. 762, 769, etc.

(4) *Volkmann's Sammung*, 1879, — 171, p. 1505.

(5) Brain, 1883, p. 268.

désigné dans ses œuvres par l'ensemble de plusieurs prénoms : Aureolus-Philippus Theophrastus Paracelsus Bombastus ab Hohenheim. Paracelse a signé souvent : Theophrastus ex Hohenheim eremita. Sur la pierre tombale de Salzbourg, on lit seulement : Philippus Theophrastus. Il est possible que Théophraste de Hohenheim ait pris le nom de Paracelse pour marquer sa prééminence sur Celse et sur les médecins les plus élevés; peut être Paracelsus n'est-il que la traduction du mot Hohenheim.

Paracelse est né en 1491 (on a dit aussi en 1493), en Suisse, près de Zurich, à Einsiedlen ou Maria Einsiedlen, où se trouvait une abbaye; l'épithète « d'eremita » prise par Théophraste est relative à son lieu de naissance.

La familie Bombast von Hohenheim était fort honorable et avait son château aux environs de Stuttgard; mais, dès 1409, ce château était passé dans des mains étrangères. Le père de Paracelse, Guillaume Bombast de Hohenheim, avait étudié la médecine à Tubingue; il était médecin de l'abbaye d'Einsiedlen; sa mère, avant son mariage, était surveillante de l'hôpital annexé au couvent. En 1502, Guillaume émigra, suivi de sa famille, à Villach, en Carinthie, et y exerça la médecine jusqu'à sa mort, arrivée en 1534, à l'âge de 71 ans. Le premier maître de Paracelse fut son père qui lui donna des notions de médecine, d'alchimie et d'astrologie; il reçut également des leçons d'Eberhard Paumgartner, de Mathæus von Scheidt et de Mathias Schlach. A l'âge de 16 ans, Paracelse fut envoyé par son père à l'Université de Bâle, où il étudia l'alchimie sous la direction du célèbre Tritheim, puis dans le laboratoire de Sigmund von Fugger, à Schwatz, dans le Tyrol.

©BIU Santé

manœuvres spéciales pour y parvenir, perte de la contraction idiomusculaire, des réflexes tendineux, etc.), alors que sa musculature ne présente d'hypertrophie, ni d'atrophie à aucun degré. Plus tard, à la date de la rédaction de l'observation complète par Marie et Guinon, on notait la diminution du volume des cuisses.

Anatomiquement, le fait n'est pas pour nous surprendre. On comprend, comme l'a dit Gowers, que le double processus d'hyperplasie interstitielle scléro-graisseuse et d'atrophie parenchymateuse dont le muscle est le siège puisse s'équilibrer de façon à dissimuler complétement de graves altérations de structure sous les apparences d'un volume normal.

Relevons en passant, dans cette observation, du côté de la face, une certaine gêne des muscles de la mimique, dans les mouvements des sourcils, le froncement circulaire de la bouche, le rire, etc.

II

FORME HÉRÉDITAIRE DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE DE LEYDEN (1).

Voici une forme, pour le dire dès à présent, que son étiologie, ses caractères classiques, son mode d'évolution relient étroitement à la précédente, comme Leyden l'avait fait lui-même remarquer. Möbius a insisté sur cette parenté, et la plupart des auteurs, bien convaincus du caractère secondaire et contingent de la pseudo-hypertrophie musculaire, qu'on a même rencontrée à un certain degré dans la maladie de Leyden, se rallient à une assimilation pure et simple.

Le début a constamment lieu par les jambes, voilà ce qu'elle présente de plus caractéristique ; l'évolution ultérieure de la maladie ramènera les symptômes ordinaires des myopathies progressives primitives, simplement intervertis. C'est une sorte de loi, posée par Möbius, — et que l'histoire de la paralysie hypertrophique, par un autre trait de ressemblance, justifie

(1) Malad. de la moelle. Trad. Richard et Viry, 1879, p. 731.

Esprit ardent, inquiet, agité, Paracelse visite alors les Universités d'Allemagne, de France et d'Italie et les établissements métallurgiques ; il parcourt l'Espagne, l'Angleterre, la Prusse, la Pologne, et là, soit qu'il fût enlevé par les Tartares ou qu'il se fût mêlé à leurs bandes, il pratiquait, dit-il, l'alchimie. Puis, il se rend en Egypte, vient à Constantinople où il se fait initier à toutes sortes de mystères ; il traverse la Valachie, la Transylvanie, etc., etc. Pendant cette vie aventureuse, Paracelse fréquente toutes sortes de personnes, demandant leurs recettes ou secrets aux barbiers, aux baigneurs, aux devins, magiciens et astrologues, bohémiens, ainsi qu'aux bonnes femmes, et même, dit-il, au bourreau. Il paraît, en outre, que Paracelse a servi dans l'armée danoise sous le roi Christian II.

De retour en Suisse après dix ans d'absence et grâce à la protection de Hausschein, son compatriote, Paracelse fut nommé, en 1526, médecin pensionné à Bâle, et devint, l'année suivante, professeur à l'Université. Sa première leçon eut lieu le jour de la Saint-Jean et il se servit de la langue allemande pour se mettre à la portée de tous les auditeurs, au grand scandale des savants de l'époque et rompant ainsi avec les vieilles habitudes universitaires.

Avant de commencer, il brûla publiquement les œuvres de Galien, d'Avicenne, de Razès, pour prouver que, grâce à lui, une ère nouvelle allait commencer pour la médecine, et proclamant que les boucles de ses souliers et les poils de son chignon pourraient en enseigner plus que de pareils maîtres. Théopraste se posait en réformateur comme Luther, qui, peu auparavant, avait détruit par le feu la bulle du Pape et les

complètement, — que toute atrophie musculaire dont le point de départ est dans les membres inférieurs, est plus particulièrement de souche héréditaire : la maladie de Leyden est bien une maladie de famille.

A part l'effacement de l'hypermégalie musculaire, le tableau clinique est celui que nous connaissons déjà; le début a lieu dans la première enfance; le sexe masculin est le plus atteint..... Ce serait nous livrer à des redites que de reprendre cette histoire en détail. La diminution du volume des muscles, qui porte en premier lieu sur ceux des jambes et du dos, n'est pas toujours évidente, grâce à un développement abondant de tissu graisseux. On n'a pas observé de troubles de la parole, de la déglutition, des mouvements de l'œil. Ces malades ont pu vivre jusqu'à un âge avancé; ils succombent moins d'ailleurs aux progrès de la maladie que du fait de maladies intercurrentes.

Comme pour la paralysie myosclérosique, il se trouve que le caractère générique, tiré ici de l'hérédité, n'a rien de constant et d'absolu. C'est ainsi que Charcot présente à sa clinique une jeune fille qui réalise le type de la forme héréditaire de Leyden, moins..... l'hérédité. Chez cette malade, qui a aujourd'hui 24 ans, l'affection a débuté par les jambes; les bras ont été pris à 20 ans; les éminences thénar et hypothénar sont légèrement atrophiées, mais les membres inférieurs le sont à un haut degré; par suite de l'atrophie des muscles qui produisent la flexion dorsale du pied (comme dans la paralysie alcoolique), la pointe du pied s'affaisse et gratte le sol dans la marche devenue très difficile, malgré qu'elle exagère la flexion de la cuisse, et relève le genou à la façon du cheval qui steppe.

III

FORME JUVÉNILE DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE DE ERB (1).

Le travail de Erb, publié pour la première fois, il y a peu de temps encore,

(1) *Handbuch d. Elektrotherap.* et *Ziemssen's handb.*, 1882, p. 389. — *Deut. Arch. f. klin. med.* 1884, XXXIV, p. 467.

Décrétales, à Wittemberg. Parlant plusieurs heures de suite avec une faconde intarissable, employant les expressions les plus osées, les plus mordantes, souvent les injures les plus grossières, Paracelse passionnait la foule toujours prête à applaudir, comme à conspuer, ce qu'elle ne comprend pas.

Après des cures heureuses, ayant guéri l'imprimeur Froben d'une maladie grave, le professeur de Bâle fut à l'apogée de sa gloire, entouré d'adeptes enthousiastes, appelé auprès des grands, traitant une foule de malades dans tous les pays environnants.

En 1528, Théophraste de Hohenheim dut descendre de sa chaire et s'éloigner. La jalousie et la haine, à son égard, s'étaient élevées, puis accrues en raison de ses succès; il avait excité la jalousie et l'inimitié en dénonçant l'esprit de routine et de lucre des médecins et des pharmaciens. A la suite d'un démêlé avec un malade rapidement guéri, et qui au lieu de lui donner cent florins, prix convenu, obtint de s'acquitter avec six florins d'honoraires, Paracelse proféra des invectives contre les magistrats, et, sur le conseil de ses amis, il se retira près de Stuttgard. Là, il fut encore en butte aux persécutions qu'il suscitait; menacé de la prison, il s'enfuit de nouveau. Sa vie devint errante et misérable. N'ayant aucun frein, vivant au milieu de la populace, s'énivrant avec des paysans et des cochers, conservant à peine pendant quelques heures sa liberté d'esprit, il guérissait des malades sur sa route et dormait où il pouvait. Il parcourut ainsi l'Alsace, la Bavière, la Suisse, la Moravie, le Tyrol, l'Autriche, la Carinthie. Enfin, après une courte maladie, et quoiqu'il prétendît posséder le secret d'une panacée de longévité, il vint mourir à Salzbourg, le 24 septembre 1541; il avait dicté, trois jours

©BIU Santé

dans l'Encyclopédie de Ziemssen, sur les conclusions duquel l'auteur est revenu en insistant à diverses reprises, marque une histoire décisive dans l'histoire des amyotrophies primitives.

Erb séparait nettement de la maladie de Duchenne-Aran un groupe original qu'il n'hésitait pas, — ce que n'avaient tenté de faire ni Leyden, ni Möbius, — à rattacher, par des considérations purement cliniques, à une maladie primordiale du système musculaire sans participation médullaire, à une myopathie primitive.

L'étude de cette forme, faite d'ailleurs de main de maître, mérite de nous arrêter plus longtemps.

Le début a lieu avant la vingtième année, souvent à la puberté, dans l'enfance, même à la mamelle. C'est la difficulté croissante de certains mouvements qui donne l'éveil, en même temps qu'un amaigrissement plus ou moins prononcé de certains groupes musculaires. Les choses en restent là un certain temps; tout peut même, en apparence, rentrer dans l'ordre; ordinairement, la marche est lentement progressive ou se fait par étapes. Dans les cas typiques. ce sont les muscles du dos, de la ceinture scapulaire et du bras qui sont les premiers et les plus gravement atteints. Les muscles de l'avant-bras, à l'exception du long supinateur, les petits muscles de la main restent longtemps indemnes. Aux jambes, rarement touchées en premier lieu, le territoire du péronier est atteint alors que les muscles du mollet gardent encore toute leur intégrité.

Un contraste frappant naît de l'hypertrophie vraie ou fausse, mais toujours temporaire, (avec ou sans atrophie consécutive) qui peut atteindre certains muscles, comme le deltoïde, les sus et sous-épineux, les muscles ronds, le triceps, et, au membre inférieur, le tenseur du fascia lata, le couturier et les muscles du mollet.

Les muscles atrophiés d'une façon à peu près constante sont : le grand pectoral (à l'exception de sa portion claviculaire), le petit pectoral, le trapèze moins les faisceaux supérieurs, le grand dorsal, le grand dentelé, les rhomboïdes, le sacro-lombaire, le long dorsal ; au membre supérieur, le groupe

---

auparavant, son testament étant à l'hôtel du Cheval-Blanc, y succombant suivant les uns, ou à l'hôpital Saint-Etienne, d'après une autre version. Paracelse, inhumé, selon son désir, près de l'église de Saint-Sébastien, laissa ses manuscrits à André Wendl, chirurgien de Salzbourg.

Il faut connaître quelques-unes des opinions passionnées qui ont été émises sur la vie de Théophraste de Hohenheim. La date de sa naissance a été reportée de 1490 à 1493, même 1498 (Dezeimeris), mais par erreur d'impression; il est sûr qu'il est mort âgé au moins de 47, au plus de 50 à 51 ans.

Les ennemis de Paracelse ont fait remarquer son peu de penchant pour les femmes, et sa façon dédaigneuse ou méprisante de s'exprimer sur leur compte. On a prétendu que, dans son enfance, il avait été émasculé par le fait d'un porc ou d'une oie (*injuriâ suis vel anseris*), ou maltraité par un soldat qui le rendit eunuque, ce qui est problématique.

La famille Bombast von Hohenheim était, comme je l'ai dit, de bonne extraction; aussi, l'assertion d'Eraste : fils de la terre ou du Tartare, à la manière d'un certain Merlin (*terræ vel Tartari videtur filius instar Merlini cujusdam fuisse*), est-elle complètement imaginée.

L'éducation première de Paracelse est loin d'avoir été nulle; il a reçu les leçons de son père, de Tritheim, et de beaucoup de savants qu'il se plaît à citer. Toutefois, il est parfaitement vrai qu'il recherchait de préférence les hommes à secrets et les alchimistes; il a peu, ou point, lu les Grecs et les Arabes qu'il méprisait profondément

caractéristique du biceps, du brachial antérieur, du long supinateur (très promptement disparu), et plus tard du triceps, qui a pu passer par le stade d'hypertrophie.

Restent constamment normaux ou ne sont pris que tardivement et à un léger degré : le sterno-mastoïdien, l'angulaire de l'omoplate, les muscles ronds, le deltoïde, les sus et sous-épineux. Ces trois derniers muscles sont souvent dans un état d'hypertrophie compensatrice vraie très remarquable.

A l'avant-bras, longtemps préservé, ce sont les extenseurs qui ouvrent la scène ; on les sent tout d'abord sous le doigt, durs, résistants, noueux, et, en cet état, ils fonctionnent déjà très mal. Les fléchisseurs ne sont que très rarement atteints ; le plus souvent même, ils sont hypertrophiés. Quant aux petits muscles de la main, s'ils se prennent, c'est exceptionnellement et à une époque très tardive.

Aux membres inférieurs, l'atrophie envahit les fessiers, le triceps, quelquefois le tenseur du fascia lata, ailleurs intact ou hypertrophié, les adducteurs ; le couturier est souvent respecté. A la jambe, ce sont les muscles innervés par le nerf péronier, le tibial antérieur, souvent atteint de très bonne heure, à côté des muscles du mollet normaux ou hypertrophiés.

L'habitus du malade est si particulier, que l'entrevoir seulement, c'est poser le diagnostic. En effet, ce bras décharné entre une épaule bien nourrie et un avant-bras à peu près normal, le décollement et les déplacements anormaux de l'omoplate, l'exagération des creux sous-claviculaires, la disparition des muscles dorsolombaires, l'ensellure exagérée avec cyphose dorsale compensatrice, l'aplatissement des fesses par atrophie des fessiers, ces cuisses grêles surmontant des jambes à peu près normales ou hypertrophiées, la démarche ralentie et déhanchée, ces difformités et ces oppositions forment un ensemble unique et inoubliable.

Il faut naturellement compter avec les variantes qu'introduisent dans ce tableau, suivant les cas particuliers, l'ordre alterné dans la marche de l'atrophie, le degré de la macilence musculaire, l'hypertrophie éventuelle, la présence d'un panicule graisseux plus ou moins abondant, les conforma-

---

Hippocrate paraît avoir fait exception, puisque Théophraste a commenté les Aphorismes. Pendant le cours de se vie errante, après avoir quitté Bâle, Paracelse travaillait peu, s'abandonnant à ses penchants vicieux et à toutes sortes de désordres.

L'ivrognerie de Paracelse est notoire. Si les détracteurs conviennent que, jusqu'à l'âge de 25 ans, il fut sobre, s'abstenant de vin, c'est pour mieux accentuer son intempérance par la suite. Oporin, ou Oporinus, secrétaire de Paracelse et qui le suivit au départ de Bâle, quittant femme et enfants pour l'accompagner, est fort explicite. Il raconte, dans une lettre à Veier, que Paracelse était pris d'accès de fureur pendant la nuit, que, saisissant une épée qu'il disait tenir du bourreau, il en frappait le plancher et les murailles. Oporin craignit plusieurs fois d'être atteint et d'avoir la tête fendue; il montre son maître prodigue à l'excès, sans souci du lendemain, ayant à toute occasion des habits neufs qu'il donnait au premier mendiant venu; souvent, sans une obole dans sa bourse, celle-ci était bientôt remplie d'or, comment le précieux métal y était-il venu? Ce récit de l'ingrat disciple, qui croyait à la transmutation des métaux, vous fait voir Paracelse atteint d'alcoolisme nettement caractérisé.

La fin prématurée de Paracelse à beaucoup intrigué ses ennemis et ses biographes. On a été jusqu'à dire que, précipité du haut d'un rocher, il s'était brisé le crâne dans sa chute, mais avec une pareille fracture, comment aurait-il pû « débile de corps mais sain d'esprit » dicter son testament ? L'empoisonnement a été invoqué, mais les poisons ordinaires ayant peu de prise sur un pareil alchimiste, c'étaient des fragments de diamant, donnés dans un but coupable, qui avaient perforé les entrailles; tel était le bruit

©BIU Santé

tions individuelles, etc. Par exemple, lorsque la maladie débute par les jambes et progresse rapidement, on peut observer de bonne heure l'impossibilité de la marche, la contraction des muscles du mollet, la déformation du pied en varus équin.

A l'abdomen, les obliques et les transverses ont été trouvés à plusieurs reprises parétiques et atrophiés, à la différence des muscles droits généralement intacts, quelquefois hypertrophiés. Dans quelques cas la diaphragme a paru ne pas déployer dans la respiration toute l'ampleur de ses mouvements physiologiques.

Jusqu'ici, Erb a toujours trouvé intacts les muscles de la face, ceux de la mastication. Aucun trouble dans les fonctions des sphincters, de l'exercice des sens, de la cérébration, des organes de la vie végétative, de la nutrition cutanée. Le réflexe rotulien persiste au prorata des fibres conservées du triceps crural.

A la palpation, comme on l'a déjà dit des extenseurs de l'avant-bras, les muscles sont parfois plus durs qu'à l'état normal, et comme noueux, fibreux — ailleurs ils sont d'une consistance molle et gélatineuse ; il arrive enfin qu'on n'en retrouve plus aucun vestige. (Grand dorsal, long supinateur, moitié inférieure du grand pectoral.) *Jamais* on n'observe de contractions fibrillaires (1). L'excitabilité électrique des muscles n'est atteinte que quantitativement et selon le degré de l'altération ; la réaction de dégénérescence n'est pas observée.

La marche est essentiellement chronique. Erb suit des malades en proie à l'atrophie progressive depuis vingt-trois et même vingt-huit ans. Il y a des temps d'arrêt dans l'évolution, des accalmies qui durent jusqu'à dix ans, puis la maladie reprend sa marche fatale. On ne sait trop cependant si elle peut conduire par elle-même à la mort, sans intervention d'un élément étranger ; sans doute, il y a à envisager l'envahissement du diaphragme

(1) Un seul malade en a présenté sous l'impression du froid.

répandu à la mort de Théophraste de Hohenheim. Nous devons, ce me semble, admettre que les émanations délétères, arsénicales, stibiées, mercurielles et autres, au milieu desquelles avait vécu ce fanatique manipulateur, ses luttes passionnées, son intempérance continuelle expliquent sa mort à un âge peu avancé.

Les objets laissés par Paracelse étaient des manuscrits, quatre ouvrages théologiques, un livre imprimé de médecine, quelques instruments de chirurgie, plusieurs objets en métal précieux.

(*A suivre.*)

Prof[r] Laboulbène.

Pommade contre la blépharo-conjonctivite. — Fano.

Borax.....	2 grammes.
Vaseline.....	5 —

Mêlez. — Cette pommade est introduite derrière les paupières, deux ou trois fois le jour, après qu'on les a nettoyées avec du coton boraté, imbibé d'une solution de sulfate de zinc. — L'auteur a employé le même remède contre les taies de la cornée. Cependant, dans ce dernier cas, la pommade au bioxyde jaune de mercure (0,10 centigr. pour 5 grammes de vaseline) lui a paru donner des résultats plus avantageux. — N. G.

et de l'ensemble des muscles respiratoires, et toutes réserves sont à faire de ce côté.

Cette innocuité relative constitue un premier caractère, capital, on en conviendra, par lequel la maladie de Erb, amyotrophie primitive, se distingue de la maladie de Duchenne-Aran, amyotrophie spinale. Il en est d'autres : début d'emblée par les muscles de la main dans cette dernière, atteints tardivement et très exceptionnellement dans la première où, en même temps, le deltoïde est longtemps indemne, sinon hypertrophié, et ne s'atrophie que partiellement. Relativement à l'ordre dans lequel se prennent successivement les muscles, on peut poser en règle que, *dans la forme spinale, l'atrophie marche des extrémités au tronc et, dans la forme myopathique, elle va du tronc aux extrémités.*

Dans la forme spinale, les muscles sont toujours flasques, diffluents; à aucune époque, ils ne présentent d'hypertrophie; ils sont le siège de contractions fibrillaires énergiques et présentent, à un degré plus ou moins développé, le phénomène de la réaction de dégénérescence. C'est une maladie de l'âge adulte dont l'évolution relativement rapide aboutit fréquemment à la paralysie bulbaire, à la sclérose du faisceau pyramidal, et à la mort. A tous ces points de vue, la forme myopathique est exactement le contre-pied de la forme spinale.

Erb n'a, par devers lui, aucune nécropsie mettant matériellement hors de cause le système nerveux; les occasions de ces examens ne peuvent être que très rares; mais, en dehors des caractères cliniques si probants, les constatations faites par d'autres auteurs, par Friedreich, Barsickow, Schultze, Ross, dans des cas identiques, laissent peu de doute à cet égard.

Quant à l'étiologie, au premier plan figure l'hérédité; rien ne ressort de précis en dehors de cette donnée.

Une très remarquable observation de paralysie myopathique de Erb est celle de P. Ram..., malade de Charcot, publiée par Marie et Guinon. Elle acquiert une importance exceptionnelle de ce fait qu'on y note explicitement des lésions des muscles de la face qui auraient pu échapper à un examen moins attentif. C'est là certainement la lacune des observations de Erb. Ces troubles, d'une appréciation délicate, se bornent à l'immobilité relative des lèvres dans certains mouvements; le malade ne peut arriver à faire de sa bouche un orifice complétement circulaire; quand il siffle, la moitié droite de la lèvre inférieure est un peu plus épaisse que la moitié gauche; sans état parétique qualifié, il y a quelque chose d'anormal dans l'expression de la physionomie entière. Cette constatation est précieuse; on en saisira plus loin toute la portée.

(A suivre.) R. LONGUET.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Polymastie et polythélie. — Les cas de mamelles et de mamelons surnuméraires sont fort rares en Europe; ils seraient plus fréquents aux Antilles, d'après Duprèspetit. Le docteur Favre, médecin en chef de la Maternité de Kharkoff, en a publié trois cas observés presque en même temps dans cet hôpital.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, paysanne du gouverne-

ment de Koursk, bien développée. Rien d'anormal ni dans la conformation des organes génitaux ni dans les dimensions du bassin. Enceinte pour la troisième fois, réglée pour la première fois à 18 ans, elle a nourri ses enfants elle-même. Son lait a toujours été très abondant. Les glandes normales sont très développées. Le tissu adipeux sous-cutané est médiocrement abondant. Sur la ligne axillaire antérieure du côté gauche, ainsi que du côté droit en partant du bord inférieur du grand pectoral, on constate la présence de deux glandes supplémentaires, celle de droite étant un peu plus développée. Au centre de celle-ci, on remarque une tache pigmentée légèrement saillante. Il existe encore une troisième glande, grosse comme une noix, dans le creux axillaire droit, près de son bord interne. A la pression, toutes ces glandes donnent en abondance un lait absolument comparable, histologiquement, au lait excrété par les glandes normales.

Dans le second cas, c'est une femme de 21 ans, née dans le gouvernement de Kharkow, primipare, bien développée, avec organes génitaux normaux. Les glandes mammaires normales sont de volume supérieur à la moyenne et pendantes. Dans le creux axillaire gauche, au niveau du bord inférieur du grand pectoral, se trouve une glande supplémentaire du volume d'une noix. La pression fait sourdre un liquide de couleur laiteuse où le microscope montre les globules du lait.

Enfin, dans la troisième cas, il s'agit d'une femme de 32 ans, de Kharkow, enceinte pour la septième fois, réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, ayant un bassin normal. La glande gauche est d'un volume supérieur à celle de la droite. Près de son bord inférieur, on aperçoit un sillon qui divise la glande en deux parties inégales, en deux lobes; la portion supérieure est plus grande que celle qui se trouve au-dessous du sillon. A chaque lobe correspond un mamelon. La distance entre les deux mamelons est de 5 centimètres. Le mamelon supérieur est bien développé et ne présente rien d'anormal, l'inférieur est plus rudimentaire. Le lait vient par les trois mamelons à la fois et en abondance. L'enfant ne touche pas au mamelon surnuméraire. (*Wratch*, n° 47, 1885.) — Winocouroff.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la toux

Par le docteur Delmis.

Dans les affections de l'appareil respiratoire, la toux est le symptôme primitif et presque toujours constant dont se plaignent les malades. Elle peut présenter bien des modalités, mais elle est toujours pénible. Dans la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, etc., les malades supportent assez courageusement l'oppression, la fièvre et le point de côté; mais ce qui les fatigue, c'est la toux, dont ils parlent et se plaignent sans cesse au médecin et dont ils demandent, avant toute chose, à être débarrassés au plus vite. C'est la toux qui, par sa continuité, la fréquence de ses accès, fait naître la plupart des complications de la coqueluche et des laryngites. Une simple bronchite catarrhale avec intégrité parfaite du tissu pulmonaire peut, sous son influence, devenir plus grave chez un malade affaibli.

Elle l'agite, le rend anxieux, empêche une nourriture suffisante et amène en fin de compte un amaigrissement progressif, et souvent la phthisie. Il est donc indispensable, pour le praticien, de ne pas perdre de vue ce symptôme qui peut toujours devenir une redoutable complication.

Mais comment la combattre efficacement? M. Géraudel a résolu ce problème d'une façon aussi simple que pratique, en réduisant le goudron, dont l'incontestable efficacité dans toutes les affections des voies aériennes ne fait doute pour personne, 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 vont modifier les muqueuses malades.

Les pastilles Géraudel agissent uniquement par les vapeurs de goudron, qui sont ainsi

portées directement jusque dans les plus petits ramuscules bronchiques. Elles ne contiennent du reste aucun autre agent médicamenteux : c'est ce qui les distingue nettement de la plupart des autres produits similaires, qui, pour produire un effet sédatif, contiennent en quantité plus ou moins considérable une substance narcotique quelconque, opium ou morphine. Aussi peuvent-elles être prises à toutes doses sans aucun inconvénient ; elles ne produisent jamais aucun accident, même chez les enfants.

Ces pastilles agissent vite et bien. Elles donnent du repos aux malades et favorisent l'hématose en diminuant la fréquence des accès.

C'est un bon médicament dont les malades apprécient hautement la valeur, et qui tend chaque jour à se faire une plus large place dans la thérapeutique familière.

VARIÉTÉS

LA BRETELLE HÉMOSTATIQUE ET LA CHIRURGIE EN CAMPAGNE.

L'ingéniosité des chirurgiens militaires ne connaît plus d'obstacles. M. Senut, un de nos confrères de l'armée, vient d'avoir une inspiration très pratique, en imaginant la bretelle dont il énumère les usages dans les *Archives de médecine militaire* du 16 novembre dernier ; bretelle fabriquée avec un tissu élastique, et qui devient une bande par sa réunion à d'autres bretelles semblables. L'application en a été faite dans les opérations à la place de la bande d'Esmarch, et les expériences ont été des plus favorables. En devenant hémostatique, la bretelle a donc pris rang dans l'arsenal de la chirurgie. C'est un avènement ou une restauration après les tentatives un peu oubliées des précurseurs de notre compatriote.

M. Senut conclut sans hésiter à l'efficacité de la bretelle sur le champ de bataille, contre les hémorrhagies des membres et pour assurer l'asepsie des plaies en dispensant de les tamponner ; dans les postes de secours, pour faciliter les opérations et remplacer les pelotes compressives. Vraiment les bienfaits de la vulgaire bretelle méritaient bien d'être mis en lumière. — C. L. D.

COURRIER

La distribution des prix de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Paris a été signalée cette année par un tumulte inusité et inexplicable, qui a obligé le directeur général à lever la séance. Les journaux ont publié une protestation émanée des internes en médecine qui repoussent toute solidarité avec les auteurs de cette manifestation inconvenante.

Faculté de médecine de Paris. — M. Gaucher, préparateur des travaux pratiques d'histologie, est chargé des fonctions de chef du laboratoire de la clinique de la Charité, en remplacement de M. Rémy, appelé à d'autres fonctions.

M. Rémy, agrégé près la Faculté de médecine de Paris et chef du laboratoire de la clinique de la Charité, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Hache, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Henriet, décédé.

M. Batteur (Georges), pharmacien de première classe, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques, pendant la durée du congé accordé à M. Thibaut.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires, près le ministère de l'instruction publique.

— M. le docteur Firmin, médecin de l'Opéra et du lycée Charlemagne, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires communales et libres et des bibliothèques populaires des écoles publiques.

Souscription Bretonneau, Velpeau et Trousseau. — Les Sociétés de médecine et des

©BIU Santé

sciences médicales de Lyon ont voté chacune une somme de 100 francs en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

L'initiative de cette souscription a été prise par la Société locale de prévoyance et de secours mutuels de médecine du département d'Indre-et-Loire.

Prix de la Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique a reçu plusieurs mémoires pour les différents prix qu'elle doit distribuer dans sa séance solennelle du mois d'avril 1886. Dans la séance du 28 décembre 1885, elle a nommé les différentes commissions auxquelles ces travaux devront être envoyés. Voici l'énumération des mémoires envoyés et la composition des commissions :

Prix Aubanel. — Question proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du traitement et de la médecine légale. » — Deux mémoires ont été envoyés : le n° 1, avec l'épigraphe : « Fit fabricando faber. » Le n° 2 porte l'épigraphe : « Les classifications ne sont que des moyens d'étude. » Commission : MM. Falret, Legrand du Saulle, Magnan, Christian et Charpentier.

Prix Belhomme. — Ce prix doit être décerné au meilleur travail relatif à l'*idiotie* et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.* — Deux mémoires sont présentés : le mémoire, inscrit sous le n° 1, a pour épigraphe cette phrase de Descartes : « S'il est possible de perfectionner l'espèce humaine, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. » Le mémoire n° 2, avec l'épigraphe : « L'idiotie a toujours un substratum anatomo-pathologique. » Commission : MM. Delasiauve, Legrand du Saulle, Motet, Gilbert Ballet et Féré.

Prix Esquirol. — Deux mémoires manuscrits ont été envoyés : Le premier a pour sujet : « Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés. » — Le second traite : « Des rémissions dans le cours de la paralysie générale. » Commission : MM. Baillarger, Blanche, Foville, Mitivié et Marcel Briand.

Prix Moreau (de Tours). — Trois thèses ont été envoyées : N° 1. Essai sur les amnésies. Étiologie des troubles de la parole, par M. Rouillard, ancien externe des hôpitaux, etc. N° 2. De l'aphasie et de ses diverses formes, par M. Bernard, ancien interne des hôpitaux, etc. N° 3. De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal, par M. Julien Chevalier. Commission : MM. Bouchereau, Cotard, Paul Moreau (de Tours), J. Voisin et Marcel Briand.

Hôpitaux de Bordeaux. — Par suite de la nomination à l'honorariat de M. Demons, le mouvement suivant a lieu dans les hôpitaux : M. Gervais, ancien chirurgien titulaire aux Enfants, passe à Saint-André ; M. Mandillon passe des Vieillards à Saint-André (service créé) ; M. Saint-Philippe passe de l'Hospice général (section des incurables) au service de l'Hôpital d'isolement ; M. Verdalles, adjoint à Saint-André, passe, comme titulaire, à l'Hospice général (vieillards et incurables) ; M. Artigalas, adjoint, passe des Enfants à Saint-André ; M. Durand, adjoint, passe de l'Hospice général (vieillards) aux Enfants ; M. Bouvet, adjoint aux Incurables, passe au double service des Vieillards et des Incurables.

Maladies des voies urinaires. — Le docteur R. Jamin, ancien interne des hôpitaux, vient d'ouvrir sa clinique publique, 10, rue des Martyrs, et y continuera ses consultations et opérations gratuites le lundi, le mercredi et le vendredi, de huit heures et demie à dix heures du matin, et le mardi et le vendredi de six à sept heures du soir.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

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 : Traitement des kystes hydatiques du foie. — II. Bibliothèque : Traitement du tænia. — III. Thérapeutique : Etude sur le chloropeptonate de fer. — IV. Hydrologie médicale : Les eaux de Royat (Puy-de-Dôme). — V. Courrier.

Traitement des kystes hydatiques du foie

Par L.-G. Richelot.

Indications générales.
Valeur des ponctions capillaires. — Observation. — Méthode de Récamier. — Méthode du gros trocart.
Incision franche du péritoine. — Formule du traitement. — Observation. — Résumé : Kystes de la face inférieure, kystes de la face convexe.
Discussion de la Société de chirurgie, novembre 1885.
Conclusion.

Messieurs,

Je suppose que vous connaissez parfaitement l'étiologie, l'évolution et le diagnostic des kystes hydatiques du foie. C'est le traitement seul qui va nous occuper.

La maladie, vous le savez, peut durer longtemps, mais elle évolue d'ordinaire en trois ou quatre années, et presque toujours elle aboutit à la mort; aussi ne serez-vous pas étonnés si j'affirme que toujours il faut l'attaquer hardiment. Les auteurs ont fait sur ce point des réserves; ici, comme aux débuts de l'ovariotomie, on a proposé d'attendre les accidents graves, ce qui équivaut à dire que, pour ne pas risquer d'abréger la vie de quelques malades, il faut s'exposer à n'en guérir aucun. Nous devons oublier cette chirurgie faussement conservatrice, et raisonner pour les kystes du foie comme pour ceux de l'ovaire : temporiser, c'est augmenter à plaisir les chances d'insuccès; dès que la tumeur est reconnue, si l'intervention est possible, elle n'a pas de contre-indications. Sans doute elle peut, à la rigueur, abréger la vie; et si le principal intéressé, pour ne rien risquer dans le présent, veut compromettre l'avenir, il en a le droit. Mais l'indication chirurgicale est autre, et la conduite que nous devons préférer, quand nous sommes libres, est celle qui sauve le plus de malades.

Mon but étant, non de faire de l'histoire, mais de vous montrer où nous en sommes, je laisserai de côté un certain nombre de procédés tombés en désuétude, reconnus dangereux ou insuffisants : l'acupuncture de Trousseau, les ponctions diverses par de vieux procédés (Jobert, Simon...), l'incision de Bégin, dont le seul tort est d'être venue avant l'antisepsie, etc. Pour d'autres raisons, je ne dirai rien de l'électrolyse, pratiquée avec succès en Angleterre, et vantée récemment à Grenoble (Congrès, 1885). Les Français ne l'ont guère appliquée aux hydatides; pour moi, je n'en ai aucune expérience dans le cas particulier. Mais tous les chirurgiens peuvent juger comparativement les *ponctions capillaires*, la *méthode de Récamier*, celle du *gros trocart*.

Il n'est personne de nous qui ne commence le traitement d'un kyste hydatique du foie par la ponction capillaire aspiratrice, ne fût-ce que pour assurer d'abord le diagnostic. Aspiratrice, elle est plus facile et plus sûre que les anciennes ponctions simples. Elle doit vider le kyste en totalité, pour éviter toute effusion dans le péritoine. Après elle, il faut immobiliser les viscères : bandage de corps disposé d'avance autour de l'abdomen, repos au lit pendant deux jours, au besoin piqûre de morphine, telles sont

©BIU Santé

les précautions nécessaires; il est arrivé des malheurs à ceux qui ne les ont pas prises.

Presque toujours, le liquide se reproduit; quelquefois, cependant, une seule ponction a suffi pour tuer les hydatides et amener le retrait du kyste et sa guérison définitive, mais il ne faut pas se faire d'illusion à cet égard, et surtout il faut se garder contre certaines erreurs auxquelles nous expose la pratique hospitalière. Il est arrivé, par exemple, qu'un malade ponctionné, guéri pendant un certain temps, n'a plus été revu dans le même service; et tandis qu'on l'enregistrait comme un des beaux succès de la ponction capillaire, il allait montrer sa récidive à un autre chirurgien, qui l'enregistrait à son tour comme un succès de la méthode de Récamier. En somme, la récidive est la règle; après une évacuation ou deux, le kyste suppure, et, dès ce moment, la ponction est jugée. M. Rendu a cependant publié une observation de kyste hydatique suppuré du foie guéri par une seule ponction aspiratrice (1); mais ce fait isolé n'est pas de nature à modifier la conduite des chirurgiens. Si le premier coup de trocart n'a pas réussi à tuer les hydatides, la reproduction du liquide, son état louche ou franchement purulent, les symptômes locaux et généraux d'une suppuration profonde indiquent formellement une intervention plus radicale.

Pour ma part, je n'hésite pas à dire qu'une ponction après la récidive est toujours contre-indiquée; en effet, s'il n'y a pas d'adhérences, l'effusion du liquide purulent dans le péritoine est à craindre. Je sais bien qu'il y a les « grandes » et les « petites ruptures », et que les dernières n'entraînent pas toujours des accidents foudroyants (2); néanmoins, les ponctions renouvelées sont loin d'être inoffensives, et je vais vous en donner la preuve.

En 1880, un homme de 26 ans avait subi, pour un kyste du foie, deux ponctions capillaires; la seconde avait donné un liquide purulent. Au mois de juillet, il entre à l'Hôtel-Dieu; M. Richet constate une voussure abdominale, des douleurs, de petits frissons; impossible de méconnaître une nouvelle récidive du kyste avec suppuration. L'application des caustiques, par la méthode de Récamier, est faite au niveau de la voussure. Alors je prends le service de l'Hôtel-Dieu, et je trouve la paroi abdominale profondément entamée; il ne reste qu'à plonger un trocart pour vider la poche et commencer les injections. J'ouvre le kyste le 9 août; un flot de pus s'échappe, sans trace de membranes hydatiques; injection phéniquée au quarantième; le lendemain, mort de péritonite suraiguë. Ma première hypothèse fut que les adhérences produites par la pâte de Vienne étaient insuffisantes, et qu'une partie de l'injection avait passé dans le péritoine. Mais je trouvai à l'autopsie, au lieu d'un kyste hydatique, une péritonite suppurée d'ancienne date, limitée par des adhérences intestinales, sans compter l'injection vive de toutes les anses voisines. Cette phlegmasie larvée, à marche lente, provoquée par la deuxième ponction capillaire, avait simulé une récidive du kyste; en face d'elle avaient été appliqués les caustiques; sur elle, mon injection phéniquée était venue greffer une péritonite suraiguë. Quant à la poche kystique, elle était ratatinée dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, très loin du foyer péritonéal, dont la séparait le

(1) Rendu, *France médicale*, 7 février 1882.
(2) Féréol, *Union méd.*, 5 juin 1880.

côlon transverse; dépourvue d'hydatides secondaires et presque sèche, elle était guérie, ou peu s'en faut.

Cette observation, Messieurs, prouve deux choses : d'une part, les ponctions capillaires peuvent donner lieu à l'issue du liquide hydatique dans le péritoine, on le sait depuis longtemps, et les accidents qui en résultent, pour n'être pas toujours foudroyants, n'en sont pas moins mortels à l'occasion; d'autre part, le traitement de Récamier peut donner lieu à de graves mécomptes.

Je ne crois pas, d'ailleurs, que le traitement de Récamier ait aujourd'hui beaucoup de partisans. Vous savez qu'il consiste en applications successives de caustiques en un point de l'abdomen, destinées à provoquer entre la paroi et la surface du kyste une inflammation adhésive qui protégera le péritoine au moment de l'issue du liquide. Plusieurs de nos maîtres l'ont modifié dans ses divers temps; néanmoins, on s'accorde à dire qu'il est long, douloureux, qu'il a provoqué des péritonites, qu'il est loin de produire à coup sûr les adhérences tant désirées; enfin, il est arrivé à quelques auteurs d'appliquer les caustiques en face d'une anse intestinale, en face de la vésicule biliaire, et vous venez de voir un nouvel exemple de ce genre d'accident.

Le gros trocart, préconisé par Boinet et depuis longtemps adopté par M. Verneuil, est incontestablement supérieur à la méthode précédente. On l'enfonce au milieu du kyste, et on introduit dans la canule, avant de la retirer, une sonde en caoutchouc rouge, de calibre sensiblement égal, et munie d'une baudruche qui empêche l'entrée de l'air; la sonde permet de faire les injections et laisse peu à peu sortir les hydatides. Peu importe qu'il y ait ou non des adhérences entre le kyste et la paroi; la présence du tube les provoque et, au bout de quelques jours, les membranes sortent librement jusqu'à leur élimination complète.

Ce traitement n'est-il pas, lui aussi, passible de quelques reproches? *A priori*, je vous avoue qu'il m'a toujours paru quelque peu effrayant. Si les ponctions capillaires donnent parfois des accidents, comment serait-on à l'abri de tout danger quand on enfonce un trocart volumineux et qu'on lui substitue un tube en caoutchouc d'un diamètre naturellement un peu moindre? Comment ne pas redouter l'issue du liquide et la péritonite? Et cependant le gros trocart a fait ses preuves, il est impossible de nier les succès qu'on lui doit. La raison, si je ne me trompe, doit en être cherchée, en grande partie, dans un fait dont on ne tient pas assez compte : la fréquence des adhérences au moment de l'opération. Quand la saillie du kyste est volumineuse et les symptômes assez nets pour nous obliger d'intervenir, les adhérences du kyste à la paroi de l'abdomen sont un fait commun; déjà M. Boinet avait signalé cette fréquence. Or, il est bien évident qu'une telle disposition éloigne tous les dangers de la ponction par un instrument volumineux.

Aussi bien, l'opération par le gros trocart a une mortalité. Elle est de 23 pour 100, dans l'article Foie du *Dictionnaire encyclopédique*, par M. Rendu. A la vérité, il faudrait savoir dans quelles conditions les revers ont été observés, pour juger la méthode en toute connaissance de cause. Néanmoins, il m'est difficile de ne pas garder une arrière-pensée sur les dangers qu'elle présente, s'il s'agit d'un kyste plus ou moins pédiculé, mobile, sans adhérences, ou si le coup de trocart est donné dans un point dangereux, ce

qui peut arriver ici comme dans le traitement de Récamier. N'y a-t-il pas dans cette méthode quelque chose d'aveugle qui répugne à nos habitudes modernes de précision ? Il reste enfin, comme dernier grief, que le nettoyage du kyste ne peut se faire d'emblée à travers une ouverture étroite, que l'issue des hydatides est fort difficile et le traitement prolongé.

Messieurs, toutes les méthodes qui précèdent ont pour point de départ le parti pris de ne pas ouvrir l'abdomen. Celles dont je vais maintenant vous parler reposent sur un principe diamétralement opposé : l'*incision franche du péritoine.*

La méthode de Volkmann consiste à inciser la paroi de l'abdomen sur une étendue de quelques centimètres, à s'arrêter quand le péritoine est ouvert et la paroi kystique mise à nu, à laisser le temps aux adhérences, si elles n'existent pas déjà, de se former sous l'influence de l'inflammation légère provoquée par la plaie, sous un pansement antiseptique; puis à ouvrir largement la poche, quand on est sûr que le péritoine est protégé. C'est, en somme, l'incision de Bégin, avec cette différence grave que Bégin avait des instruments et des mains sales et mettait dans la plaie un bourdonnet de charpie qui, au lieu de provoquer une inflammation légère et des adhérences protectrices, amenait l'infection, la péritonite et la mort. L'incision de la séreuse, avec les précautions actuelles, permet de bien voir ce qu'on fait et de ne plus opérer à l'aveugle ; par l'ouverture large du kyste, il devient possible de faire une évacuation totale, un nettoyage immédiat, et d'abréger, toutes choses égales d'ailleurs, la durée du traitement. Mais ne peut-on faire encore mieux ? Je le pense, et je formulerais volontiers la méthode générale applicable aux kystes hydatiques du foie, dans les termes suivants : *incision franche du péritoine, exploration et traitement variable du kyste.* J'essaierai, par des exemples, d'éclaircir et de justifier cette formule.

Le 27 mai 1885, M. Terrier présentait à la Société de chirurgie l'histoire d'un kyste hydatique, mobile dans l'abdomen, et rattaché à la face inférieure du foie par un mince pédicule ; ce kyste avait été pris pour une tumeur de l'ovaire et traité en conséquence. Après l'ouverture du ventre, on s'aperçut que le pédicule était dirigé vers le foie ; on extirpa la plus grande partie de la poche, et le reste fut suturé à la plaie abdominale, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. La malade guérit, après avoir présenté pendant quelque temps une fistule biliaire. A propos de cette observation, M. Terrier exprimait l'opinion qu'il fallait peut-être, de parti pris, traiter ainsi tous les kystes hydatiques de la face inférieure du foie, plus ou moins saillants dans la cavité abdominale, peut-êre même, dans certaines conditions, ceux de la face convexe.

Au mois d'août suivant, je remplaçais M. Terrier dans son service de l'hôpital Bichat. Il y avait alors, au n° 23 de la salle Jarjavay, un homme de 46 ans, porteur d'un kyste hydatique du foie, que mon collègue avait ponctionné le 18 juillet. La ponction ayant donné un liquide puriforme, il n'y avait pas lieu d'y revenir. Après quelques hésitations, je me décidai à faire l'incision large de la paroi abdominale, pour aborder la tumeur, l'explorer *de visu,* et la traiter suivant les circonstances. Elle semblait se détacher du bord antérieur du foie, descendre à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et remplir l'hypochondre gauche ; fluctuation manifeste ; bon état général. Le 27 août, je fais sur la ligne blanche une incision de 10 cen-

timètres, qui descend à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. J'arrive peu à peu sur le kyste, et je le trouve adhérent à la paroi abdominale; avec le doigt, je décolle les adhérences dans une faible étendue, et je constate qu'elles sont très intimes et semblent régner sur une grande surface; alors je m'arrête.

Si j'avais eu affaire à un kyste sans adhérences, j'aurais tiré la poche au dehors, pour la vider en protégeant le péritoine avec des éponges, en exciser une partie, et suturer le reste à la paroi abdominale, comme on le fait dans une ovariotomie incomplète. Mais la tumeur adhérait fortement, et, d'autre part, son volnme n'était pas si excessif que je ne pusse en espérer le retrait et la guérison dans un temps limité, après l'évacuation pure et simple. Dans ces conditions, je ne me crus pas obligé de rompre quand même les adhérences et d'ouvrir le péritoine; je me bornai à fair au kyste une longue incision, et je procédai à l'évacuation aussi complète que possible. Un litre de liquide puriforme et jaunâtre s'écoula ainsi; j'explorai avec le doigt, j'introduisis des éponges montées, je saisis des vésicules avec les pinces; en un mot, je fis d'emblée un nettoyage plus exact que ne me l'aurait permis l'ouverture avec le gros trocart. Injection de sublimé, suture de la paroi du kyste aux lèvres de la plaie abdominale, deux gros tubes à drainage, pansement antiseptique.

L'apyrexie fut complète et le bon état général ne se démentit pas un seul instant. Les pansements furent faits tous les deux jours d'abord, sans nouvelle injection, jusqu'au 5 septembre; il coulait un peu de liquide jaune, bilieux, non purulent. Puis, une multitude de vésicules s'étant mises à sortir avec du liquide puriforme, toujours teinté en jaune, on fit tous les jours une injection de sublimé.

Le 1er octobre, la poche est devenue très petite; à partir du 15, il ne sort plus d'hydatides, la suppuration est tarie, je retire les drains.

Le 31 octobre, le malade quitte l'hôpital, avec une étroite fistule qui nécessite quelques pansements; puis il reprend ses occupations et sa vie ordinaire. Le traitement a duré deux mois jusqu'à la sortie (1).

De cette observation et des réflexions qui l'ont précédée, nous pouvons, Messieurs, tirer quelques préceptes.

En commençant toujours le traitement d'un kyste hydatique du foie par l'incision franche du péritoine, entourée des précautions d'usage, nous aurons l'avantage de pouvoir explorer la tumeur, et de nous décider en connaissance de cause pour la meilleure conduite à tenir. Or, deux cas peuvent se présenter :

1° Le kyste vient de la face inférieure du foie; il tient à l'organe par une large base ou par un pédicule; il fait une saillie plus ou moins considérable dans l'abdomen. Alors, s'il est d'un très grand volume, ce qui fait prévoir un retrait difficile, une cure indéfiniment prolongée, une suppuration excessive et dangereuse; si, d'autre part, il n'est pas adhérent ou si les adhérences peuvent être rompues, il y a tout avantage à l'isoler des organes, à l'attirer au dehors, à l'ouvrir en protégeant le péritoine avec

(1) Je l'ai revu à l'hôpital Bichat le 22 janvier 1886, portant toujours une fistule insignifiante, mais qui donnait encore issue à des hydatides. Le trajet se dirige en bas, au-dessous de l'ombilic, dans une faible étendue; entre l'orifice et la face inférieure du foie, le ventre est souple, on ne sent ni tumeur, ni fluctuation.

©BIU Santé

des éponges, à en réséquer la plus grande partie, à suturer le reste à la plaie abdominale; en un mot, à procéder comme dans une ovariotomie incomplète. Si le kyste est de moyen volume et sans adhérences, on peut agir de même; si, au contraire, il est de moyen volume et très adhérent, pas n'est besoin de le traiter d'une façon radicale. En effet, le retrait et la guérison seront obtenus en quelques semaines; il suffit donc de l'inciser en respectant les adhérences, et en évitant l'ouverture du péritoine. C'est ainsi que j'ai procédé chez mon malade, après avoir reconnu la situation et jugé *de visu* que je n'avais pas besoin d'aller plus loin.

2° Le kyste fait saillie à la face convexe du foie. Ici, je sors des faits que nous avons observés, mes collègues et moi, et je me borne à prévoir ce qu'on fera dans des cas analogues, mais non pas identiques à ceux que nous avons vus. Si, après avoir incisé la paroi au-devant d'une tumeur de la face convexe, nous trouvons une membrane kystique séparée de l'extérieur par une mince couche de tissu hépatique, sans adhérence à la paroi abdominale, pouvant être attirée au dehors, engagée dans la plaie et réséquée, n'y aurait-il pas avantage à se comporter à peu près comme dans les tumeurs de la face inférieure, à faire l'excision partielle et la suture du kyste à la paroi, pour atteindre ce double but : ouvrir largement le foyer, en diminuer l'étendue (1)? Si, au contraire, le kyste est profondément inclus dans le parenchyme, il restera toujours, des conseils que je vous ai donnés, les trois points suivants : 1° faire l'incision franche et explorer la surface de la tumeur; 2° attendre, s'il y a lieu, la formation des adhérences; 3° ouvrir le kyste à bon escient, à la place qu'on aura choisie et dans l'étendue qu'on jugera utile au traitement consécutif.

Peut-être quelques chirurgiens trouveront-ils audacieux de proposer, pour tous les kystes hydatiques du foie, une opération aussi grave que la laparotomie. Il ne faut pas, cependant, se laisser effrayer par les mots. L'incision de Volkmann est une laparotomie, puisqu'elle ouvre le péritoine, mais c'est une laparotomie au petit pied; 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.

Messieurs, ces idées un peu neuves sur le traitement des kystes hydatiques du foie ont été exposées à la Société de chirurgie, le 25 novembre 1885; plusieurs orateurs ont pris la parole pour les appuyer ou les combattre. M. Terrier, sur qui j'avais pris exemple, a été naturellement parmi leurs défenseurs. Il a cité une nouvelle malade récemment opérée, chez laquelle un énorme kyste remplissait presque tout le ventre : il avait incisé la paroi abdominale, évacué 71 hydatides, longuement disséqué les adhérences qui attachaient cette vaste poche à la paroi, à l'épiploon, à l'intestin, à l'appendice iléo-cœcal, puis il l'avait attirée au dehors et partiellement réséquée; la malade allait bien. Ajoutons qu'elle a guéri en quelques semaines, est rentrée chez elle et s'est pendue.

A son tour, M. J. Championnière est venu dire qu'il avait opéré par l'ablation un kyste hydatique du foie pédiculisé, dont la paroi épaisse adhé-

(1) Au moment où j'écris, M. le docteur Segond attend la guérison complète d'un malade qu'il a opéré justement dans ces conditions, et dont la cure a été traversée par un érysipèle, pour communiquer le fait à la Société de chirurgie.

rait partout, et que son malade avait mis vingt et un jours à guérir ; par l'incision de Volkmann, deux autres cas, dont l'un n'avait duré qu'une semaine.

M. Verneuil, au contraire, a tenu pour le gros trocart, disant avec juste raison qu'à l'époque où on n'ouvrait guère l'abdomen et où l'antisepsie n'était pas créée, ce traitement constituait un réel progrès. Notre excellent maître a eu quelques revers, mais avec des cas particulièrement difficiles, où toute autre méthode aurait pu échouer; les cas ordinaires lui ont donné d'excellents résultats. Il fait aujourd'hui, comme l'a conseillé Boinet, une double ponction avec le trocart, et, le septième jour, après l'établissement des adhérences, il incise le pont intermédiaire et obtient ainsi une plus large ouverture.

J'avais reproché au trocart la longue durée du traitement; or, il serait de cinq à six semaines en moyenne, tandis que chez mon malade il y avait encore une petite fistule après deux mois et plus. « En moyenne » veut dire ici « ordinairement »; car M. Verneuil n'a certainement pas voulu dire qu'avec le trocart il y a des traitements plus rapides. En réalité, c'est un minimum ; car tous les chirurgiens ont vu, par le trocart ou par la méthode de Récamier, qui revient au même à partir de l'issue du liquide, l'oblitération définitive se faire attendre bien davantage. Mon propre malade en est la preuve; car je lui ai fait, en somme, une simple ouverture de son kyste, analogue à une large ponction; et si la cure a été plus longue que chez les malades de MM. Terrier et Championnière, c'est justement parce que je n'ai pas fait de résection partielle. Combien de temps n'aurait-elle pas duré chez la seconde malade de M. Terrier, s'il avait usé du trocart dans cet énorme kyste remplissant l'abdomen et adhérent partout?

M. Verneuil sait gré à l'opération par le trocart d'être si simple que tout médecin peut la pratiquer. » Mais notre but n'est pas seulement de conseiller des méthodes simples aux chirurgiens peu exercés; il est aussi de recommander les meilleures possibles aux chirurgiens capables de les suivre.

Enfin, M. Verneuil vante la bénignité de l'opération. Mais les kystes hydatides du foie ne sont pas chez nous d'une fréquence extrême, et la pratique d'un seul chirurgien n'embrasse pas tous les cas possibles. J'ai fait plus haut des réserves à cet égard; j'ajouterai, comme preuve, que le kyste adhérent de M. Championnière était fusionné avec une anse intestinale de 26 centimètres, et qu'une ponction aurait sans doute amené les accidents les plus graves. M. Terrier a soutenu que, dans les kystes énormes, le trocart expose à une suppuration étendue, prolongée, plus dangereuse que la laparotomie et la résection de la tumeur; et M. Polaillon l'a reconnu, tout en admettant la ponction avec le gros trocart comme méthode générale.

Aussi bien MM. Verneuil, Trélat, Polaillon et Tillaux, qui remplace le trocart par une longue flèche de Canquoin laissée à demeure pendant cinq ou six jours, me semblent attribuer à l'intervention que je propose une gravité qu'elle est loin d'avoir, quand ils refusent de traiter tous les kystes du foie par la « laparotomie », comme si j'avais conseillé d'ouvrir le ventre, pour tous les cas indistinctement, du pubis à l'appendice xiphoïde. J'ai pris pour base du traitement l'incision franche du péritoine par le procédé de Volkmann, c'est-à-dire une laparotomie discrète, atténuée, qui n'est pas dangereuse par elle-même quand on la fait proprement, et qui a l'avantage, si minime qu'il soit dans les cas ordinaires, de n'être pas aveugle. Si

vous tombez sur des adhérences solides et un kyste peu volumineux, inclus dans le parenchyme, vous l'ouvrez au bistouri comme vous l'auriez fait avec le trocart, dans l'étendue convenable et avec la plus grande somme de sécurité; si les adhérences n'existent pas, vous attendez leur formation sous le pansement antiseptique, et vous ouvrez huit jours plus tard, comme le fait M. Verneuil quand il incise au bout d'une semaine entre ses deux ponctions. Jusqu'ici, je ne vois pas ce que les partisans du trocart peuvent reprocher à l'incision.

Si vous trouvez un énorme kyste faisant saillie hors du foie et adhérent aux organes, nous ne sommes pas loin de nous entendre sur l'insuffisance du trocart, la prolongation indéfinie et même les dangers de la cure par ce moyen, et l'opportunité d'une vraie laparotomie. Résignez-vous donc à une intervention qui a la valeur d'une ovariotomie incomplète.

Mais voici le point litigieux. Vous tombez sur un kyste mobile ou à petites adhérences, de grand ou de moyen volume, venant de la face inférieure du foie, peut-être aussi de la face convexe, nettement pédiculé ou sessile, en tous cas saillant hors du foie et partiellement énucléable, de telle façon qu'on puisse attirer dans la plaie la partie qui se présente. Croyez-vous que l'incision large du kyste, en opérant hors de l'abdomen, au besoin la résection d'une partie de la poche, enfin la suture immédiate aux lèvres de la plaie constituent une opération plus grave que ces anus iliaques pratiqués par M. Verneuil avec tant de prédilection, et j'ajoute, avec de si beaux succès? Pour toute réponse, je vous citerai un fait que M. Ch. Monod a rapporté, dans la séance du 2 décembre, à l'appui de mes conclusions.

Une jeune fille de 18 ans portait depuis plusieurs années un gros kyste du foie déjà ponctionné, et faisant à l'épigastre une saillie qui invitait, pour ainsi dire, à l'incision. L'opération, pratiquée le 12 novembre 1885, fut d'une grande simplicité. La poche fut mise à nu par une incision de 7 à 8 centimètres; il n'y avait pas d'adhérences; une ponction, avec le plus gros trocart de l'appareil Potain, permit de retirer un litre et demi de liquide clair. Le kyste, saisi avec des pinces et doucement 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 sutura la poche aux bords de la plaie par des points multipliés; chlorure de zinc, tampons de gaze iodoformée, deux gros drains au bout de quatre jours et lavages quotidiens. La cavité diminua de jour en jour; pas un seul instant la guérison ne fut mise en doute. Et notre collègue ajoute les réflexions suivantes : « On agit, pour ainsi dire, hors du ventre. La plaie abdominale est relativement petite; elle ne dépasse pas les limites du kyste, qui s'offre de lui-même à l'ouverture et la comble par sa seule présence; on n'aperçoit aucun des organes contenus dans l'abdomen. Lorsqu'elle peut être ainsi conduite, l'opération est innocente; aussi, dans les cas où le kyste est accessible et vient se mettre en rapport dans une étendue suffisante avec la paroi abdominale, c'est par l'incision antiseptique que nous devons le traiter; on y joindra au besoin la résection d'une partie de la poche. Ce moyen, qui assure une évacuation rapide et intégrale du liquide, des hydatides et de la membrane germinative, donne une prompte guérison sans être plus dangereux que tout autre; on peut même soutenir qu'il est le plus innocent, puisqu'il permet une ouverture proportionnée au volume du kyste et un lavage complet de la cavité, quelle que soit son étendue. Enfin, il permet

au chirurgien d'explorer la tumeur et ses connexions, et de modifier son plan primitif suivant les indications qu'il peut rencontrer sur sa route. »

Cette dernière phrase me servira de réponse à une autre assertion, émise à la Société de chirurgie, à savoir qu'on ne saurait traiter tous les kystes du foie, si différents entre eux, par une seule méthode, l'incision abdominale. C'est justement, à mon sens, parce que les indications varient qu'il est bon de commencer toujours par le moyen qui permet de les reconnaître.

Je me crois autorisé, Messieurs, à résumer ainsi les règles de l'intervention dans les kystes hydatiques du foie, récidivés après la ponction capillaire : 1° Incision franche du péritoine (antiseptique, bien entendu); 2° exploration de la tumeur; 3° traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions.

BIBLIOTHÈQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DU TÆNIA, par M. BÉRENGER-FÉRAUD. — Paris, 1885 ; O. Doin.

Ce mémoire est basé sur les statistiques des hôpitaux de la marine, qui mentionnent 2,782 cas de tænia, durant les vingt-cinq dernières années ; chiffres croissants d'ailleurs d'année en année, en raison des relations plus fréquentes avec la Cochinchine, la Sénégambie, et avec l'augmentation de la consommation des bœufs d'Algérie. De là, l'utilité de bien connaître la puissance et l'action des tænifuges.

M. Bérenger-Féraud remarque l'impuissance du calomel, du sel marin, de l'ailante, etc., etc.; l'insuccès habituel de l'éther, de la térébenthine, de la noix de coco, l'action incertaine de la fougère, et de la graine de courge, l'efficacité du kousso, mais seulement à l'état frais ; du grenadier provenant d'un arbre suffisamment jeune et mieux encore de la pelletiérine, principe actif de cette écorce. Il examine avec soin les conditions de l'administration de ce médicament. La veille, on soumettra le malade au régime lacté ; le jour de l'expulsion, il ingèrera l'infusion de 10 à 15 grammes de séné dans 100 grammes d'eau, puis, une heure après, et en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, 40 centigrammes de tannate de pelletiérine, dissous dans un sirop. Une demi-heure ou bien une heure plus tard, suivant l'existence ou l'absence de nausées, le malade prendra un purgatif : huile de ricin émulsionnée à la dose de 20 à 40 grammes, ou bien eau-de-vie allemande, à la dose de 10 à 15 grammes. Un lavement pourra être administré quand le sujet éprouvera les premiers besoins d'aller à la selle. Parfois, M. Bérenger-Féraud le compose d'une décoction de 30 grammes d'écorce de grenadier dans 200 grammes d'eau, réduite à 150 grammes et additionnée de 40 grammes de sulfate de soude.

L'observation de ces règles est nécessaire; car, écrit notre savant confrère de la marine, la pelletiérine, « peut donner huit à neuf succès sur dix tentatives, lorsqu'on l'admi- « nistre habilement ; on peut craindre un échec sur deux essais, lorsqu'on néglige divers « détails de son emploi. » Le travail de M. Bérenger-Féraud fera donc éviter ces échecs et constitue, à coup sûr, un important document sur les maladies causées par les helminthes et l'usage thérapeutique des tænifuges. — C. E.

THÉRAPEUTIQUE

Nous publions ci-dessous un article extrait du Bulletin thérapeutique sur la combinaison de la peptone et du fer, que nous recommandons tout spécialement à nos lecteurs.

Étude sur le chloropeptonate de fer.

L'expérimentation fut longtemps inapplicable à l'étude des préparations ferrugineuses,

©BIU Santé

parce qu'aucune d'elles ne pouvait être injectée sous la peau ou dans les veines, sans produire des accidents mortels. Leur pharmaco-dynamie reposait tout entière sur les phénomènes observés après l'administration par la voie gastrique. « Il faut, disait Claude-Bernard, une certaine combinaison du fer avec les aliments pour que son absorption s'effectue. » Il fallait donc trouver un moyen de rendre l'expérimentation possible, et du même coup faciliter l'assimilation.

Il y a quelques années, M. Jules Jaillet, interne à l'hôpital Rothschild, faisait une série d'intéressantes expériences sur le peptonate de fer ammonique ; il s'aperçut vite que ce fer était beaucoup trop altérable.

Dès 1881, étant alors chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, il proposait une modification de la formule courante, grâce à laquelle le peptonate n'avait plus la saveur atramentaire et styptique du perchlorure de fer qui lui servait de base (1).

C'était un premier pas dans une voie nouvelle. Bientôt abandonnant complètement cette préparation, il en trouvait une autre qui répondait aux désiderata notés plus haut, le chloropeptonate de fer, désigné par son auteur : Pepto-Fer, pour le distinguer des produits similaires qui pourraient se produire dans la suite.

Dans son étude, *Action du fer dans l'organisme*, de janvier 1883, M. Jaillet s'est servi, pour démontrer l'innocuité du chloropeptonate de fer dans le sang, de la méthode directe, en injectant 10 grammes de son sel dans la veine d'une chienne du poids de 10 k. 500.

Aucune coagulation sanguine ne s'est produite, aucune embolie ; l'animal existait plus de deux mois après l'injection faite.

Deux heures après cette injection, il retira par l'artère fémorale 60 centimètres cubes de sang, dont la moitié fut abandonnée à la coagulation pour l'analyse du sérum, l'autre moitié fut défibrinée.

Le sérum contenait le sel de fer à l'état de chloropeptonate, ne donnant pas la réaction du bleu de Prusse, par le ferri-cyanure et ne la donnant qu'après l'addition d'une suffisante quantité d'acide chlorhydrique.

Les globules examinés au microscope n'avaient subi aucune altération et présentaient tous les caractères du globule sain.

Dans la même étude, M. le docteur Jaillet a démontré par les différents modes d'absorption (méthode hypodermique, injection rectale, injection intra-veineuse, et voie stomacale), que le chloropeptonate de fer arrivé dans le torrent sanguin, est *assimilé* par les hématies.

Son usage se répandit vite alors, et plusieurs ouvrages en firent mention.

Le chloropeptonate de fer est une combinaison chimique vraie et de peptone et de perchlorure de fer, qui ne subit aucune altération sous l'influence du suc gastrique et des alcalis du sang. Il est absorbé et assimilé, tel qu'on l'administre ; il active la combustion, la nutrition, et produit en conséquence une élévation de la température, une augmentation de la désassimilation et des excrétions. L'augmentation de l'appétit et l'amaigrissement sont une conséquence de cette propriété ; il n'y a pas lieu de tenir compte du dernier accident, largement compensé par l'amélioration des qualités physiologiques du sang, et qui disparaît d'ailleurs très vite sous l'influence d'une alimentation appropriée.

L'expérience clinique a confirmé ces théories ; elle a démontré que le Pepto-Fer du docteur Jaillet présente tous les avantages des meilleurs eupeptiques et est un des agents les plus actifs de la médication martiale. Nous savons combien il est parfois difficile de répondre à l'indication fondamentale chez les anémiques de trouver une préparation assimilable bien supportée par le canal digestif. Que l'hypoglobulie soit primitive ou secondaire, la difficulté est la même ; le Pepto-Fer permet de la vaincre. Il en est de l'anémie comme de beaucoup d'autres états constitutionnels ; la digestion se fait mal, parce que l'assimilation interstitielle de l'oxygène « qu'on a appelée la respiration intra-organique », est elle-même défectueuse, et les éléments indispensables ne sont plus fournis aux tissus, parce que le mauvais état du tube gastro-intestinal empêche qu'il

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1881, t. 101, p. 537.

soit convenablement préparé. Un produit capable de modifier à la fois deux troubles connexes et solidaires, est à coup sûr une arme précieuse aux mains des praticiens.

En résumé, au point de vue thérapeutique, nous pensons que le Pepto-Fer doit être considéré comme une des formes les plus physiologiques qu'on puisse donner à ce métal, en raison de son inaltérabilité en présence des liquides de l'organisme et en raison de son absorption et de son assimilation rapide.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

HYDROLOGIE MÉDICALE

Les eaux de Royat (Puy-de-Dôme).

Les eaux minérales de Royat sont des eaux bicarbonatées alcalines mixtes, chlorurées sodiques arsénicales, lithinées et ferrugineuses. Cette composition multiple explique l'efficacité de ces eaux dans des affections très diverses en apparence.

Durand-Fardel a résumé, avec sa concision habituelle, les indications générales de Royat : « De la composition mixte de Royat, dit-il, il résulte que ces eaux s'appliquent à des états, plutôt qu'à des diathèses et à des affections déterminées, toutes les fois que ces états présentent un mélange de faiblesse et d'arthritis. Les eaux chlorurées sodiques sont les eaux spéciales de l'arthritis ».

La présence de la lithine, en quantité notable dans les eaux de Royat, n'a pu que confirmer ces indications générales.

Il ne faut pas perdre de vue que les affections qui sont sous la dépendance de l'arthritis et de l'anémie, dans ses formes variées, sont celles qui guérissent le mieux à Royat, mais en observant que Royat produit son maximum d'effet « alors que les lésions sont devenues passives et ont cessé de s'accroître » (Durand-Fardel).

Les affections dites arthritides trouvent dans l'emploi des eaux de Royat un soulagement complet. Cet effet puissant est dû à la température moyenne des sources (35°) et à leur minéralisation élevée. Dans les bains à température élevée, l'échange se fait de dedans en dehors, le corps perd et n'assimile pas ; à Royat, au contraire, la température constante et moyenne, l'abondance des eaux qui permet le bain à eau courante, établissent l'échange au profit de l'organisme. Les principes chimiques du bain passent dans le torrent circulatoire. La modification globulaire, nécessaire à la cure de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme modéré, s'explique et s'affirme d'une manière rationnelle.

C'est aussi à l'origine presque toujours arthritique des affections des bronches qu'il faut rapporter les succès constants obtenus à Royat dans la cure de ces affections. Ici la pratique empirique avait depuis longtemps devancé les conclusions cliniques, car tous les habitants voisins de Royat venaient depuis longtemps y guérir leurs bronchites. — Ces cures sont devenues beaucoup plus nombreuses, depuis que le médecin traitant dispose à Royat de tous les appareils les plus perfectionnés d'inhalation, de vaporisation, de sudation et de douches.

Depuis quelque temps, on a dirigé les phthisiques sur Royat et le Mont-Dore. L'altitude moyenne de Royat (450^{m}) me fait donner la préférence à cette première station tant, à cause de la moyenne de température, qu'à cause de la durée plus prolongée de la saison. Mais il est prudent de n'envoyer à Royat que les phthisiques, chez lesquels l'élément catarrhal et rhumatismal domine. C'est le conseil du docteur Labat et il doit être suivi.

Les dyspeptiques et en général tous les malades atteints d'affections gastro-intestinales se trouveront bien d'un séjour à Royat. — L'usage de ces eaux modifie aussi heureusement les engorgements du foie et de la rate, conséquence de fièvres paludéennes. Il en est de même de la gravelle urique. — L'abondance de l'acide carbonique dans les eaux de Royat nous donne la raison du soulagement marqué qui suit l'usage de ces eaux. — L'action de l'acide carbonique sur l'estomac facilite et active la digestion, et supprime les douleurs si pénibles aux malades.

Les affections utérines, si multiples et si variées dans leurs formes, trouvent dans le traitement tonique et sédatif de Royat un soulagement certain. — Le docteur Martineau,

dont la compétence est hors de discussion, donne la préférence à Royat sur les eaux bicarbonatées alcalines, à cause de la grande quantité d'acide carbonique qui est contenue à l'état gazeux dans l'eau de Royat. C'est en effet à l'action sédative du gaz carbonique, appliqué sous forme de douches, que Royat doit sa spécialisation dans les maladies utérines. « C'est comme anesthésique que le gaz carbonique agit sur l'utérus, et c'est comme tel qu'il fait disparaître les douleurs si fréquentes et si cruelles que ressentent les femmes atteintes d'affections utérines » (Docteur Lagaudin).

Ajoutons en terminant cet aperçu très sommaire que la conservation des eaux de Royat transportées, étant assurée par le fait même de la très grande abondance de l'acide carbonique qu'elles contiennent, il en résulte que l'eau en boisson, étant la base essentielle du traitement de Royat, l'usage de cette eau pourra être prescrit à domicile chaque fois que les malades n'auront pas la possibilité de se déplacer.

Comme les trois sources que l'établissement expédie ont une spécialisation différente basée sur les principes minéraux qui les composent et sur l'expérience thérapeutique, nous croyons devoir rappeler ici les affections auxquelles elles conviennent le mieux :

SOURCE SAINT-MART.

La source Saint-Mart (**fontaine des goutteux**) très lithinée est prescrite dans les gastralgies douloureuses, dans des dyspepsies de forme et de nature variées, et en général à tous les malades atteints de manifestations arthritiques.

SOURCE CÉSAR.

Constituée par les mêmes principes minéralisateurs que la précédente, mais à doses plus faibles, cette eau, très gazeuse, est plus particulièrement réservée pour la table ; elle a des propriétés excitantes sur l'estomac, elle ouvre l'appétit et favorise la digestion. C'est une eau de régime qui convient admirablement aux convalescents et aux personnes fatiguées par les excès de travail ou autres.

SOURCE SAINT-VICTOR.

Aux principes alcalins que contient Saint-Victor, cette source possède 6 centigrammes de bicarbonate de fer et 4 milligrammes 1/2 d'arséniate de soude. C'est l'eau tonique par excellence; **c'est la fontaine des faibles et des anémiques.**

Dr Cabrié,
Médecin consultant à Paris.

COURRIER

Assistance publique. — Le directeur de l'Assistance publique a reçu, pour les enfants moralement abandonnés, de M. le directeur du collège Chaptal, la somme de 1,300 fr., montant d'une collecte faite parmi les élèves de cet établissement.

— Indépendamment du don de 40,000 francs fait par M. le comte de Laubespin, une autre somme de 6,000 francs avait été précédemment versée à M. Pasteur par l'exécuteur testamentaire de Mme veuve Dagnan, pour faciliter ses recherches sur la prophylaxie de la rage.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Malègue, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Arnaud, démissionnaire.

Hospices d'Amiens. — MM. Lenté, Sarrazin et Mercié ont été proclamés, après concours, internes desdits hospices.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Des myopathies progressives primitives. — II. Bibliothèque : Le microscope. — III. Revue des Journaux : Antipyrine. — Hydrastis canadensis. — Absorption par la muqueuse stomacale. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Des myopathies progressives primitives (1).

IV

ATROPHIE INFANTILE HÉRÉDITAIRE DE DUCHENNE. MYOPATHIE ATROPHIQUE PROGRESSIVE, MYOPATHIE SANS NEUROPATHIE, DE LANDOUZY ET DÉJÉRINE (2).

Duchenne avait signalé, dès 1865, un aspect clinique de l'atrophie musculaire progressive plus spécial à l'enfance, relevant ordinairement de l'hérédité, et dans laquelle l'atrophie débute par les muscles de la face. La plupart des cliniciens avaient fait un médiocre accueil à cette nouvelle forme, surtout en Allemagne, soit qu'ils n'en eussent observé aucun exemple, soit qu'ils n'eussent vu dans cette distinction qu'une subtilité, un jeu de virtuose du Meissonier de la névro-nosologie, selon le mot de Benedikt.

Et, cependant, là comme ailleurs, Duchenne avait vu loin et juste, encore qu'il ne crût pas à une différence de nature entre l'atrophie infantile héréditaire et l'atrophie musculaire progressive dont il était déjà l'initiateur. MM. Landouzy et Déjérine n'ont donc eu, au point de vue clinique, qu'à élargir son cadre en même temps que (mérite plus original) ils démontraient l'origine myopathique de la maladie.

Le caractère pathognomonique de l'atrophie infantile héréditaire, c'est la participation de la face à la macilence du tronc et des membres avec les altérations physionomiques et mimiques qu'elle entraîne. La dégénérescence des muscles faciaux est la règle absolue et le symptôme primordial de la myopathie atrophique de l'enfance; seuls, certains cas très rares d'atrophie myopathique tardive échappent à cette loi. L'amyotrophie faciale peut être longtemps seule à révéler à une observation attentive la présence du mal, avant que des altérations sensibles de l'expression physionomique aient frappé les proches. Les lèvres sont épaisses, lourdes, immobiles; la lèvre inférieure est pendante, la lèvre supérieure en saillie (lèvres de tapir, bouche de goujon, etc....). La bouche, entr'ouverte, s'élargit démesurément dans le rire (rire en travers) ou se fronce en cul de poule, ou rit à faux, avec un méplat ou, au contraire, un *coup de sabre* au-dessous des commissures, toutes conséquences de l'inégalité d'action synergique des muscles du sphincter. De même, les orbiculaires des paupières ne permettent qu'une occlusion incomplète des globes oculaires, et, par leur amoindrissement progressif, en arrivent à laisser leur antagoniste, le releveur, élargir démesurément l'ouverture palpébrale par un véritable lagophtalmos. Le frontal et le sourcilier se contractent mal; le front immobile et lisse contribue à donner à la physionomie un caractère d'indifférence et d'hébétude absolument typique.

Au bout de plusieurs années seulement (jusqu'à 5 ans et même 14 ans),

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 janvier 1886.

(2) *Revue de médecine*, 1885, p. 81 et 253.

©BIU Santé

les muscles des membres se prennent à leur tour, et toujours (une seule exception) il s'agit des membres supérieurs. Les muscles d'élection nous sont, pour la plupart, familiers; le trapèze, le rhomboïde, le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le triceps, le long supinateur, les radiaux, le grand et le petit pectoral. Les muscles thénar, les interosseux ne participent aux désordres qu'ultérieurement; la main en griffe de l'atrophie du type Aran-Duchenne est rare, et c'est un phénomène ultime. Ce qu'on observe plutôt, c'est la flexion des doigts recroquevillés dans la paume de la main par suite de la tonicité conservée des fléchisseurs. Un phénomène nouveau, c'est la rétraction du biceps, observée chez trois des malades de Landouzy et Déjérine, qui empêche l'extension complète de l'avant-bras.

Les muscles du tronc ne tardent pas à être envahis, puis ceux des membres inférieurs; ici, comme aux membres supérieurs, les muscles de la racine du membre se prennent avant ceux des extrémités, c'est-à-dire suivant la loi posée par Erb. Aux jambes, l'atrophie prédomine dans les muscles de la région antéro-externe, il en résulte un certain degré d'équinisme du pied, un pied plat et une progression de digitigrade. Le réflexe patellaire a manqué deux fois avant toute trace d'atrophie des muscles de la cuisse.

Lorsque le début a lieu dans l'adolescence ou l'âge adulte, la face peut se prendre la première comme chez l'enfant; rien n'est alors modifié dans l'évolution; ou elle ne se prend qu'après les membres, ou enfin elle reste indemne. Ce dernier cas peut vraiment donner le change pour une atrophie myélopathique du type scapulo-huméral, et les éléments du diagnostic différentiel doivent être recherchés dans l'évocation des réactions musculaires caractéristiques des myopathies primitives.

Les muscles de la vie végétative sont toujours respectés; à aucune époque, on n'observe de symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée; les muscles vocaux et respiratoires restent normaux.

La marche est essentiellement chronique; l'évolution toujours lente a pu sembler se ralentir encore avec les années; l'intégrité des fonctions végétatives permet à des malheureux réduits à un état squelettique une survie de vingt, trente, quarante ans et même davantage. Une maladie intercurrente, comme la tuberculose, comme telle maladie contagieuse, peut seule en avoir raison.

V

Les faits signalés par MM. Landouzy et Déjérine ne sont pas nouveaux; il est facile, en dehors même des observations de Duchenne, d'en retrouver dans la littérature médicale un certain nombre d'exemples, et ce diagnostic rétrospectif se fait sans artifice d'interprétation par la seule mention du caractère pathognomonique tiré de la participation des muscles de la face (à l'exclusion de ceux de la langue et de la déglutition) aux lésions vulgaires de l'atrophie musculaire progressive. Le diagnostic de la myopathie primitive du type scapulo-huméral impose naturellement plus de circonspection, bien que nos auteurs en acceptent également un certain nombre d'observations très vraisemblables; nous ne rapporterons que des exemples de la forme complète.

Comme spécimen de myopathie primitive type, on peut citer la célèbre observation de Legrand (1848) due à Cruveilhier. (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 1852-1853, t. XVIII.) On y trouve notée la physionomie sans

expression, l'air hébété du jeune berger, l'impossibilité de l'occlusion complète des deux yeux. Viennent les quinze observations de Duchenne. Puis, après une longue lacune, celle de Samuel Wilks, publiée en Angleterre, où sont mentionnés le défaut d'expression de la face, les lésions de l'orbiculaire, du buccinateur (1); celle de Lichtheim, à propos de laquelle MM. Landouzy et Déjérine font preuve d'une sévérité excessive, en ne l'acceptant pas à cette place dans cet historique; on y trouve minutieusement décrites les lésions ordinaires de la face associées aux atrophies disséminées des membres et du tronc; de plus, l'autorité de Cohnheim donne une importance considérable aux résultats de l'examen anatomique absolument négatif au point de vue d'une lésion de la moelle et des nerfs; de telle sorte que, sans nous laisser arrêter par quelques particularités sans importance de l'évolution clinique, nous donnerions plutôt au fait de Lichtheim-Cohnheim une place en évidence dans l'histoire de l'amyotrophie primitive. Seulement Lichtheim est allé trop loin lorsque, partant de là, il s'est cru autorisé, à l'exemple de Friedreich, à nier l'existence des lésions spinales jusque dans la forme Aran-Duchenne de l'atrophie musculaire progressive (2).

Dans un cas de Mossdorf, les désordres de la face sont unilatéraux; le visage est asymétrique; la moitié gauche de la face se contracte seule dans le rire et en parlant; l'œil droit ne peut se fermer complètement, le front se plisse difficilement à droite, etc. L'auteur le mentionne comme un fait de participation de la face à l'atrophie dans la forme juvénile de l'atrophie musculaire de Erb (3).

Franz Zimmerlin (4) donne l'histoire de deux familles d'atrophiques, dont il ne sait trop s'il doit faire des *héréditaires* de Leyden ou des *juvéniles* de Erb. Dans la famille Schuhmacher seule, deux des frères (trois frères atteints, trois sœurs indemnes) présentent des troubles de la face; il n'y a pas de contractions fibrillaires, mais on a observé dans quelques muscles (chez les Loosli en particulier) la réaction de dégénérescence à un certain degré. Zimmerlin se posant la question de savoir s'il s'agit d'une affection musculaire ou spinale, prend parti pour la première alternative, et Strümpell, qui analyse son travail, conclut dans le même sens.

Remak (5) signale, dans un cas de paralysie atrophique du type juvénile, des altérations physionomiques et des désordres de la face qui ne permettent aucune hésitation sur la signification du fait; mais le titre même sous lequel il présente cette observation indique suffisamment le caractère exceptionnel, anormal, qu'il attribue à l'atrophie faciale, et combien peu

(1) *Lect. on dis. of the nerv. syst.*, 1878, p. 428. — La sixième observation de Eichorst qui a reconstitué une histoire familiale d'atrophiques remontant à six générations, mentionne *une expression du visage un peu stupide* (*Berl. Klin. Woch*, 1873, p. 497 à 511).

(2) *Arch. f. psych. und nerv., etc.*, 1878, p. 521. — Lichtheim est revenu de son exclusivisme. Il reconnaît aujourd'hui trois catégories d'amyotrophies : 1° amyotrophie d'origine spinale, avec phénomènes bulbaires; les cornes antérieures et le faisceau pyramidal sont également pris; — 2° amyotrophie spinale simple; les cornes antérieures seules sont atteintes; — 2° amyotrophies idiopathiques par lésion primitive des muscles. (*Neurolog. centralbl.*, 1883, p. 451.)

(3) *Neurolog. Centralbl.*, 1885, p. 1.

(4) *Zeitschift f. Klin. med.*, 1883, p. 15 et *Neurolog. Centralbl.*, 1885, p. 63.

(5) *Neurolog. Centralbl.*, 1884, p. 337.

sur ce point. Duchenne a fait école en Allemagne, ce qu'il reconnaît d'ailleurs et ce que Seeligmüller avait déjà fait remarquer (1).

Nous n'avons pas à revenir en détails sur les sept observations (deux familles) de Landouzy et Déjérine qui ont servi de base à notre description, mais nous devons signaler quatre observations de Marie et Guinon, provenant du service de M. Charcot (2). L'une d'elles, se rapportant à un malade de 44 ans, présente comme particularités remarquables la prédominance des lésions dans les membres du côté droit, la conservation des deltoïdes, l'asymétrie très nette des lèvres pendant la contraction de l'orbiculaire. Le début remonte à l'âge de 13 ans ; l'affection a suivi une marche progressive jusqu'à 20 ans, puis est restée stationnaire, c'est-à-dire depuis près de 25 ans. Enfin, il existe des phénomènes subjectifs qu'on est plus habitué à rencontrer dans la paralysie pseudohypertrophique : des crampes dans les mollets, une raideur au début de la marche, qui ne disparaît qu'au bout de quelques minutes.

La fille du précédent, chez laquelle les désordres de la face sont accentués au plus haut point (épiphora paralytique, etc.), présente d'ailleurs une atrophie générale beaucoup plus marquée,

Chez un autre malade de 52 ans, le début de l'atrophie a été tardif (bras, 30 ans, jambes, 36 ans), mais l'évolution a été rapide ; le malade est impotent. Les petits muscles de la main sont pris, sans griffe véritable. Les deltoïdes sont conservés. Une exophtalmie prononcée tient vraisemblablement aux altérations des muscles des paupières.

Le dernier malade, fils du précédent, a eu la face prise pour ainsi dire dès la naissance, sans rien présenter d'anormal à l'état de repos ; mais l'asymétrie se révèle dans les mouvements fonctionnels. La partie supérieure de la poitrine est excavée ; il y a de la scoliose dorsale et certains muscles, notamment le deltoïde, le triceps crural, très développés, présentent la consistance particulière de la pseudohypertrophie (3).

Enfin, M. Cénas vient d'observer, entre frères et sœur, deux exemples de myopathie atrophique progressive et un cas d'atrophie du type Duchenne-Aran (4).

Chez l'un des premiers, l'affection a débuté à 31 ans, par l'épaule et le bras droits; le bras, l'épaules gauche et la face n'ont été pris que six ans plus tard ; plus tard encore les cuisses. La face, flétrie, a l'aspect *mendiant* ; saillie des lèvres, rire en travers, etc. ; les muscles de la mimique sont atrophiés, la moitié droite de la langue est plus petite que l'autre ; les sternomastoïdiens sont réduits au volume d'un crayon. Le biceps droit est rétracté. L'aspect des cuisses amaigries est particulier ; elles sont bien développées dans leur moitié supérieure qui affecte une forme conique à sommet tronqué, correspondant au milieu du membre ; à partir de là, un vide parfaitement symétrique à droite et à gauche forme, dans le rapprochement des cuisses, un espace en forme de collier de cheval. Impossibilité de garder la position accroupie. L'auteur est porté à rattacher un certain

(1) *Deut. med. Woch.*, 1881, n° 48.

(2) *Loc. cit.*

(3) A noter dans les observations de Marie et Guinon, par opposition à la description de L. et D. la conservation, ou même la pseudohypertrophie des deltoïdes, comme dans la forme de Erb.

(4) *La Loire médicale*, 1885, p. 169 et 200.

degré de surdité à une altération des muscles de l'oreille moyenne, et soupçonne une lésion semblable du muscle cardiaque (?)

Le deuxième malade a eu les sternomastoïdiens et les muscles de la face pris de prime abord à 22 ans, puis les muscles du bras et du thorax à 27, et les muscles inférieurs à 31 ans. La déviation de la luette à gauche est rapportée à l'atrophie du péristaphylin interne droit. On constate, fait exceptionnel, des tremblements fibrillaires spontanés dans le deltoïde et le biceps; de légers chocs les provoquent, en même temps que des contractions tétaniques des mêmes faisceaux musculaires.

Quant à la sœur, il est bien remarquable de trouver chez elle un exemple très net de l'atrophie musculaire myopathique du type Aran-Duchenne. Il n'y a cependant pas à s'y méprendre : les plis de la face, sa mimique sont normaux; les muscles des épaules, des bras et des avant-bras, sont volumineux et puissants; mais les muscles du pouce et les interosseux sont pris et sont le siège de contractions fibrillaires. Il n'y a pas de troubles dysesthésiques, mais des douleurs lancinantes et gravatives, nocturnes le plus souvent, sur le trajet des nerfs (forme douloureuse de l'atrophie musculaire progressive).

(A suivre.) R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

LE MICROSCOPE. *Théorie et applications;* traduction et annotations sur la 4e édit. du docteur HAGER, par MM. L. PLANCHON et L. DUGONNENQ, de la Faculté de Montpellier, avec une introduction de M. J.-E. PLANCHON, correspondant de l'Institut, ouvrage orné de 350 vignettes. — Paris, Rothschild, 1884, in-12, de 264 pages.

Il est bien vrai qu'il ne faut pas toujours se fier aux apparences, surtout à notre époque de toilettes exagérées et de luxe à outrance. Vous passez devant une librairie; vous voyez à l'étalage un joli petit volume, du format le plus mignon, tout éclatant de gaufrures multicolores où l'or domine. Vous vous imaginez que c'est quelque livre d'étrennes, destiné à être offert, enveloppé de faveurs roses et escorté de marrons glacés, aux fillettes élégantes et bien sages. Vous vous approchez; vous lisez sur le plat, le titre relevé en rouge au milieu d'un écusson doré. Il s'agit du *Microscope !* Le livre n'en est pas moins intéressant, au contraire, et les nombreuses gravures qui en illustrent toutes les pages sont certainement plus imprévues et plus captivantes que les images habituelles des livres d'étrennes. Seulement, ce n'est pas à des fillettes qu'il faudrait l'offrir; certains objets pourraient provoquer de leur part des demandes d'explications assez embarrassantes; mais il n'est pas un étudiant soigneux qui ne serait heureux d'avoir sur les tablettes de sa bibliothèque un volume aussi chatoyant à l'œil, et, en fin de compte, aussi utile.

Dans une préface, courte et d'une rare modestie, M. J.-E. Planchon expose que ce petit livre est simplement une œuvre de vulgarisation scientifique, « sans prétentions à l'originalité, dit-il; mais, puisant à des sources autorisées, il présente, condensées en peu de pages, les notions de micrographie éparses en des mémoires spéciaux ou réunies dans des traités étendus et d'un prix peu accessible aux petites bourses. »

Il est bien inutile, dans un journal de médecine, de faire ressortir l'importance des études micrographiques. C'est par le *Microscope* qu'est en train de s'accomplir la révolution qui menace de bouleverser de fond en comble toute l'ancienne pathologie, et même la biologie. Mais, en outre, dans un cadre plus modeste, en montrant les vrais caractères des substances pures dont l'économie domestique, la médecine, les arts industriels font usage, le *Microscope* en dévoile les altérations frauduleuses. Fécules, lait, beurre, matières textiles, autant de produits sur lesquels la fraude s'exerce en grand

et peut être démasquée par quelques notions bien élémentaires d'investigation micrographique.

C'est très bien. Mais nous sommes de ceux qui, contrairement à l'avis de M. Planchon, l'introducteur, trouvent qu'il eût été, non seulement plus simple, mais beaucoup plus convenable, à tous égards, que cet opuscule n'empruntât rien à l'Allemagne. Les travaux français sont assez nombreux sur ce point, pour qu'il ne soit pas nécessaire de faire appel aux étrangers. Si encore on nous rendait la pareille au delà de la frontière ! Mais nous croyons bien que nous sommes les seuls à faire ainsi constamment les honneurs du chez soi aux gens du dehors. Après tout, il est possible que le caractère le plus beau consiste à être toujours dupe; volontairement, et de parti pris, bien entendu.

M. L.

REVUE DES JOURNAUX

De l'antipyrine et de son influence sur la transformation des substances azotées de l'organisme, par Walter. — En administrant ce médicament à des fébricitants soumis à la diète lactée, l'auteur a constaté : 1° Que l'antipyrine diminuait la température d'individus atteints de phthisie, de pleuro-pneumonie, de pleurésie avec épanchement et de fièvre typhoïde, fait aujourd'hui assez vulgaire ;

2° Que, sous son influence, les échanges des tissus se ralentissent ;

3° Que, dans la plupart des cas, l'assimilation des matières azotées était retardée. Ces phénomènes sont en rapport avec la coloration du sang des animaux soumis à l'action de cette substance. (*Vratch* 1885, p. 479.) — C. L. D.

De l'hydrastis canadensis contre les hémorrhagies utérines, par Nicolaï Jivopistzeff. — L'extrait de ce végétal a été administré dans vingt cas d'hémorrhagies utérines (ménorrhagies, métrorrhagies par fibromes ou par cancer, etc., etc.). Les résultats les plus heureux ont été obtenus dans les cas où cette complication accompagnait la métrite ou les déplacements utérins. Il en était de même, lorsque la muqueuse était enflammée ou ulcérée, mais par contre son emploi a été impuissant contre les flux sanguins causés par des tumenrs fibreuses et des cancers utérins.

A ces effets, l'hydrastis ajoute celui de modifier heureusement les états dyspeptiques de cause utérine. C'est à ce double titre que M. Jivopistzeff en recommande l'emploi. (*Meditz. Obozr.* 1885, p. 115.) — C. L. D.

De l'absorption par la muqueuse stomacale dans l'état de santé et dans l'état de maladie, par Isahoff. — Des recherches antérieures, et en particulier celles de Jaber, avaient été entreprises dans le but de résoudre cette question. M. Isahoff les a dernièrement répétées en administrant à des malades et à des individus en bonne santé des capsules contenant de l'iodure de potassium. Immédiatement après, il leur faisait absorber de l'eau pure et cherchait les réactions de l'iode dans la salive au moyen de l'acide nitrique, en notant : le moment où la réaction se manifestait et celui où elle était la plus marquée. En moyenne, dans l'état de santé, cette réaction se manifestait entre la neuvième et la dixième minute, atteignait son maximum vers la quinzième. Dans les cas de carcinome, elle se manifestait de la huitième à la seizième minute, dans ceux d'ulcère stomacal de la dixième à la onzième minute et dans ceux de gastrite catarrhale de la huitième à la trente-deuxième minute.

Ces résultats ne permettent pas d'accorder une grande valeur diagnostique au retard de l'absorption stomacale. D'ailleurs, d'autres facteurs en modifient la rapidité comme l'état fébrile, la température de la solution absorbée et l'activité de la transpiration. On ne doit donc pas donner une importance trop grande à ces expériences (*The London méd. Record*, 15 octobre 1885). — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre du commerce priant l'Académie de désigner un candidat à la chaire de mécanique appliquée, vacante au Conservatoire des arts et métiers, par suite du décès de M. Tresca. L'assemblée des professeurs du Conservatoire a déjà désigné, après le rapport de M. Comberousse, M. Jos. Hirsh, ingénieur des ponts et chaussées.

Lecture est ensuite donnée de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Boussinesq comme membre titulaire de la section de mécanique, en remplacement de M. Rolland.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Boussinesq, présent à la séance, prend place parmi ses confrères.

M. le Président annonce à l'Académie que Mme veuve Paul Thénard vient de faire don du buste de son mari, exécuté en marbre par le statuaire Lefèvre. A ce propos, M. le Président rappelle tout les mérites de feu Paul Thénard; mérites qui ont été si bien mis en relief par les discours de MM. Bouley et Fremy, et que M. Jurien de la Gravière paraît regretter de n'avoir pas suffisamment appréciés du vivant de son confrère. Il fait remarquer que l'Académie ne possède pas le buste du baron Thénard le père, qui fut grand maître de l'Université. Il y a là une lacune que l'on doit déplorer.

M. le Secrétaire perpétuel la déplore pour son compte; mais il profite de l'occasion pour faire remarquer que plusieurs des bustes offerts à l'Académie sont vraiment par trop médiocres; quelques-uns sont si peu ressemblants et si dépourvus d'ailleurs de tout intérêt artistique qu'ils ne peuvent qu'affliger ceux qui ont connu les défunts, et, à tout le moins, laisser parfaitement indifférents ceux qui ne les ont pas connus. Tels sont. entre autres, les bustes de Cl. Bernard, de Delaunay, de Michelet, etc. La commission administrative, avec l'adjonction de quelques membres de l'Académie des beaux-arts, doit se livrer à un travail sérieux de revision à cet égard, et faire disparaître les œuvres indignes de figurer dans les salles de l'Institut.

M. Gosselin fait hommage à l'Académie du magnifique ouvrage de M. Sappey « sur le système lymphatique ». C'est un monument auquel M. Sappey travaille depuis quarante ans, qui fait grand honneur à notre pays, et qui peut être mis en parallèle avec l'œuvre de Mascagni au siècle dernier.

M. le Président croit être l'interprète de l'Académie en faisant des vœux pour l'heureux voyage de M. de Lesseps qui va se rendre compte de la situation à Panama, et pour son prompt retour.

M. de Lesseps remercie le président. Il donne quelques détails sur le nombreux personnel (une centaine de personnes) qui l'accompagne : ingénieurs, financiers, hommes d'Etat, etc., et il promet que le canal du Centre-Amérique sera ouvert dans le courant de l'année 1889. Hum! hum! Enfin, si la foi peut transporter les montagnes, elle viendra peut-être à bout de les percer.

Dans une note sur l'influence de l'anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote pur sur diverses fonctions de l'économie, M. Laffont s'exprime ainsi :

« Les recherches de MM. Jolyet et Blanche, en 1873, avaient démontré que l'anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote pur, selon la méthode des chirurgiens dentistes, s'accompagne toujours d'un état asphyxique suffisant à lui seul pour produire l'anesthésie, alors que le sang ne contient plus que 3 à 4 p. 100 d'oxygène.

« Cette asphyxie concomitante de l'anesthésie protoxyazotique, est excessivement dangereuse. ainsi que j'ai pu m'en assurer au point de vue médical. C'est ainsi que j'ai signalé : 1° un cas d'avortement, avec mort du fœtus, dès le moment anesthésique,

©BIU Santé

chez une femme grosse de quatre mois et demi; 2° l'apparition d'accidents chlorotiques chez une jeune fille en formation; 3° la réapparition d'accidents épileptiques chez un jeune homme qui en était exempt depuis plusieurs années; 4° l'apparition d'albuminurie et d'hydropisie dans un cas d'insuffisance mitrale; 5° la recrudescence de diabète constatée à deux reprises différentes, chez le même malade, à la suite d'insensibilisation par le protoxyde d'azote pur.

« Cette dernière constatation m'a donné l'idée de rechercher si les inhalations de protoxyde d'azote pur, dangereuses pour certains états diathésiques ou physiologiques, ainsi que je viens de l'indiquer, n'amenaient pas, chez l'individu sain, certains désordres passagers des diverses grandes fonctions de l'économie. Etant établi que la glycosurie est la conséquence de l'hyperglycémie qui survient, ainsi que l'a démontré M. Dastre, dans l'état asphyxique, j'ai d'abord porté mes recherches de ce côté.

« Je me suis mis moi-même en expérience, après m'être assuré préalablement que je n'étais pas glycosurique. Deux heures après deux anesthésies successives, à quelques minutes d'intervalle, mes urines contenaient déjà 1 gr. 65 de sucre par litre; six heures après, il y en avait 18 gr. 40; le troisième jour, 3 gr. 95; enfin, le quatrième jour, toute trace de sucre avait disparu.

« J'ai alors expérimenté sur le chien, que l'on peut facilement sonder, et j'ai trouvé, dans la plupart des cas, une glycosurie qui a varié, une heure après deux anesthésies successives, entre 1 gr. 355 et 14 gr. 285 de glycose par litre. Je dis dans la plupart des cas; en effet, chez plusieurs animaux, je n'ai pu observer de glycosurie, et, recherchant alors les conditions physiologiques dans lesquelles se trouvait l'animal, j'ai découvert qu'il était à jeun depuis la veille, condition dans laquelle, ainsi que l'a démontré Cl. Bernard (*Leçons sur le diabète*, p. 376), l'hyperglycémie n'est pas suivie de glycosurie.

« J'ai voulu alors faire des recherches plus précises sur les variations des quantités de sucre du sang en employant le procédé classique de Cl. Bernard. Dans toutes les expériences, j'ai constamment vu l'anesthésie protoxyazotique marcher de pair avec une hyperglycémie considérable, véritable pluie de sucre instantanée dans le sang, qui s'est élevée dans certaines expériences jusqu'à 3 gr. de sucre de glycose par litre, alors qu'à l'état physiologique le sang en contient rarement 1 gr. 5 par litre.

« J'ai encore voulu étudier les modifications apportées par ce genre d'anesthésie dans les phénomènes physiques de la respiration, dans la pression artérielle et la fréquence des battements du cœur.

« Les modifications produites dans les phénomènes physiques de la respiration sont variables suivant les animaux. Chez l'homme, les respirations deviennent plus amples, sans changer de rythme; chez le cobaye, il en est de même, mais l'arrêt respiratoire est très rapproché du moment anesthésique. Chez le lapin, dès le début des inhalations, les respirations sont plus fréquentes, plus amples, puis elles se ralentissent au moment de l'anesthésie, sans s'arrêter subitement. Les phénomènes les plus remarquables se produisent chez le chien, dont les mouvements respiratoires augmentent graduellement de fréquence et d'amplitude, jusqu'au moment anesthésique où la respiration est réellement haletante. Alors il se produit un arrêt brusque, plus ou moins prolongé, parfois mortel.

« De même que la respiration, la pression artérielle ne subit pas les mêmes variations chez les animaux d'espèce différente. Chez le lapin, elle reste stationnaire ou baisse légèrement. Chez le chien, elle s'élève de plus en plus, puis reste stationnaire au moment de l'anesthésie.

« Les battements du cœur subissent la même influence chez tous les animaux. Au début des inhalations, il y a une augmentation de fréquence, puis, précédant le moment anesthésique, le cœur se ralentit; les systoles sont fortes, espacées; il peut même se présenter un arrêt plus ou moins prolongé du cœur. Ce ralentissement du cœur, avec maintien de la pression à un niveau élevé, persiste longtemps, même après le réveil de l'animal.

« L'augmentation de pression artérielle, remarquable surtout chez le chien, paraît avoir pour cause l'état d'agitation de l'animal. Quant au ralentissement des mouve-

ments systoliques dont la force est augmentée, il est certainement dû à une action constante sur les nerfs d'arrêt du cœur, car il n'apparaît pas chez l'animal préalablement atropinisé.

« Tels sont les résultats de mes recherches, touchant l'influence qu'exerce l'anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote pur, sur trois grandes fonctions de l'économie : la *fonction hépatique*, la *fonction respiratoire*, la *fonction cardiaque*.

« On le voit, ce genre d'anesthésie, non seulement n'est jamais inoffensif, mais amène constamment des troubles fonctionnels qui peuvent constituer des dangers sérieux, principalement dans les états physiologiques ou diathésiques que j'ai signalés au début. »

M. Pasteur présente une note « très intéressante » due à un simple pharmacien, M. Ordonneau, sur les alcools de vin. Les différences dans les bouquets proviennent de la différence des levûres.

M. Larrey dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Bérenger-Féraud (de Cherbourg), relative aux accidents occasionnés par l'usage alimentaire de la morue altérée.

M. Janssen met sous les yeux de l'Académie une photogravure de l'expérience aérostatique du capitaine Renard, à Meudon.

Pour remplacer M. Bunsen, comme correspondant de la section de chimie, la commission proposait la liste suivante de candidats :

En première ligne, M. Reboul (de Marseille); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Ditte (de Caen), Isambert (de Poitiers), Raoult (de Grenoble).

M. Reboul a été nommé. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

Sommaire : Séance annuelle : Allocution de M. le Président; compte rendu des travaux de l'année 1885, par M. le Secrétaire annuel. — Notice sur la vie et les travaux du professeur Depaul, par M. le Secrétaire général. — Proclamation des prix pour l'année 1885.

La séance annuelle s'est ouverte à quatre heures seulement, M. le Président ayant été obligé d'attendre une demi-heure qu'il y eût dans la salle un nombre suffisant de membres titulaires. A ce moment, toutefois, un grand nombre de sièges réservés aux membres de la Société sont encore vides. Quelques-uns sont occupés par les membres de la famille du professeur Depaul, invités sans doute à la séance pour entendre prononcer l'*Eloge* de ce chirurgien éminent.

La séance s'ouvre, selon l'usage, par une allocution prononcée par M. le Président. Ce petit discours, que nous regrettons de ne pouvoir mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs, se distingue de beaucoup d'autres du même genre, en ce que l'orateur, ne croyant pas devoir s'en tenir à l'expression trop habituelle d'un optimisme banal, a su mêler à l'encens obligatoire offert à la Divinité locale, au *genius loci*, le grain de sel d'une sage critique.

« Ce n'est pas l'activité scientifique qui manque à notre Société, a-t-il dit en substance ; au contraire, elle pêche plutôt par excès, par pléthore. Chaque année, la Société de chirurgie consacre beaucoup de temps à l'examen et à la discussion d'innombrables travaux relatifs à des questions secondaires qui ont sans doute leur utilité, mais qui sont, en somme, d'un médiocre intérêt, tandis qu'elle délaisse ces grandes discussions sur des questions générales de haute science et de haute pratique qui ont fait la gloire de l'ancienne Société de chirurgie et qui ont porté si haut sa renommée dans le monde. »

On ne saurait mieux dire, mais il nous semble, si notre mémoire est fidèle, que ce même *desideratum*, M. Duplay le signalait déjà, il y a juste un an, à cette même place, c'est-à-dire au moment où il prenait possession du fauteuil de la présidence à

©BIU Santé

laquelle les suffrages de ses collègues venaient de l'élever. S'il n'a pu lui-même, au cours de sa présidence, malgré l'autorité qui s'attachait à son nom et à ses fonctions, porter remède au mal qu'il connaissait si bien et qu'il montrait du doigt avec tant de sagacité, c'est que le mal avait jeté déjà sans doute de trop profondes racines bien difficiles à arracher. Contre ce particularisme, ou ce spécialisme qui a tout envahi, et qui est un signe du temps, il est bien à craindre que les protestations éloquentes de M. Duplay et les efforts de ses successeurs, auxquels il a cru devoir léguer le soin d'opérer dans la Société de chirurgie la réforme qu'il n'a pu commencer lui-même, restent malheureusement impuissants.

Après l'allocution de M. le président Duplay, M. Gillette, secrétaire annuel, a lu le compte rendu des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année qui vient de s'écouler.

L'honorable orateur a commencé par dire qu'il se soumettait, avec regret, à cette obligation aussi fastidieuse qu'inutile, imposée par un usage tyrannique, de passer en revue, dans un rapport toujours forcément écourté, l'ensemble des communications, mémoires et discussions qui forme le bilan scientifique de l'année.

Eu égard à l'importance de ces travaux, un rapport, obligé de tout comprendre, en dit toujours trop ou trop peu. Mieux vaudrait, suivant M. Gillette, faire une sélection intelligente dans cette masse de documents, en extraire le petit nombre de ceux qui ont une importance réelle, et dont il serait possible alors de donner une analyse approfondie, véritablement instructive et utile aux progrès de la science ou de la pratique.

Après cet exorde imprévu, prononcé avec un accent de conviction presque communicative, M. Gillette, orateur malgré lui, n'en a pas moins accompli sa tâche avec un zèle, une exactitude, une impartialité et une conscience dignes d'éloges. Il a su captiver jusqu'au bout l'attention et exciter l'intérêt de l'assistance; il a même réussi parfois à la dérider, chose difficile en si grave sujet, par des trouvailles heureuses et fréquentes. Aussi, la critique, féroce de son naturel, qui, d'ordinaire, prétend ne jamais perdre ses droits et qui, semblable au lion rugissant, cherche toujours quelque chose ou quelqu'un à dévorer, la critique, disons-nous, doit incliner son pavillon devant l'œuvre de M. Gillette et reconnaître de bonne grâce son impuissance; elle a ri, elle est désarmée.

M. Chauvel, secrétaire général, faisait ses débuts dans cet art difficile de l'*Eloge*, rendu plus difficile encore pour lui par les brillants souvenirs qu'ont laissés dans ce genre ses prédécesseurs immédiats et médiats.

L'orateur, hâtons-nous de le dire, s'est montré à la hauteur des difficultés de sa tâche et du talent de ses devanciers. Dans sa *Notice sur la vie et les travaux du professeur Depaul*, il a su tenir en parfait et constant équilibre les plateaux de la balance de la justice, mettant en relief les qualités éminentes de son modèle, sans dissimuler ses défauts, montrant, en un mot, les rayons et les ombres de cette figure originale et puissante. On sentait que le biographe s'était préoccupé avant tout d'être impartial, d'éviter avec le plus grand soin le parti pris de l'éloge académique, et, tout en sauvegardant les droits sacrés et imprescriptibles de la vérité historique, de ne pas s'écarter des convenances imposées à l'écrivain par la présence d'une famille venue là, sur invitation, pour entendre un discours dans lequel devaient être appréciés la vie et les travaux de son illustre chef.

Tout compensé, la part des mérites l'emportait de beaucoup, chez le professeur Depaul, sur celle de ses défauts; c'est ce qui ressort avec évidence de l'œuvre de M. Chauvel, à laquelle l'auteur a voulu donner le titre modeste de *notice*, de préférence à l'expression consacrée d'*Eloge*, sans doute pour mieux marquer ce parti pris d'impartialité auquel il a cru devoir s'arrêter. L'auditoire lui a été reconnaissant de cet esprit de justice et d'équité, comme aussi du talent d'orateur et d'écrivain, dont il a fait preuve dans ce travail remarquable qui lui a valu des applaudissements unanimes et réitérés, et qui marquera comme un brillant début dans sa carrière de secrétaire général.

— La séance s'est terminée par la proclamation des noms des lauréats du concours de 1885 :

Le *prix Duval* a été décerné à M. le docteur Philippat pour sa thèse intitulée : *Résultats tardifs des désarticulations du pied.*

A propos de ce prix, M. le président Duplay a annoncé, aux applaudissements de l'assistance, que grâce à la générosité de M. Marjolin, sa valeur, qui est de 100 francs, serait désormais portée à 300, à partir de l'année 1886.

Le *prix Laborie*, dont le sujet était : *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs*, a été décerné à M. le docteur Lagrange, médecin aide-major de l'armée et professeur à la Faculté de Bordeaux. Un encouragement de 300 francs a été accordé à M. Delaine, interne des hôpitaux.

Le *prix Demarquay*, dont le sujet était : *De la pathogénie des luxations pathologiques*, a été décerné à MM. les docteurs Forgue et Mambrac, médecins aides-majors; — une mention honorable a été accordée à M. le docteur Barette, prosecteur de la Faculté.

Le *prix Gerdy*, dont le sujet était : *Gangrène des membres, étiologie, pathogénie, traitement chirurgical*, a été partagé entre MM. les docteurs Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), et Bouillet, de Béziers (Hérault).

Le programme du concours de 1886 est le suivant :

Prix Duval (de 300 fr.) à l'auteur de la meilleure thèse soutenue dans l'année.

Prix Laborie (1,200 fr.) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie.

Les *prix Gerdy et Demarquay* ne seront pas décernés avant 1887. — A. T.

FORMULAIRE

Solution contre la glossite. — H. Butlin.

Acide chromique.....	0 gr. 60 cent.
Eau distillée.....	30 grammes.

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans cette solution, on badigeonne la langue, dans le cas de glossite chronique superficielle des fumeurs et des buveurs. Ce moyen n'est pas applicable à la glossite superficielle aiguë d'emblée, qu'on traite de préférence par les émollients et le glycérolé d'acide borique.

La solution d'acide chromique s'est également montrée efficace, dans certains cas d'affections syphilitiques secondaires, telles que : ulcères, tubercules muqueux et condylômes. Au contraire, elle est sans action sur les manifestations tertiaires, telles que : gommes, ulcérations étendues, syphilides tuberculeuses. — Dans certaines conditions on élève la dose d'acide chromique à 0 gr. 90 cent. au lieu de 0 gr. 60 cent. pour la même proportion d'eau. — En général, la douleur provoquée par l'acide chromique est peu appréciable, et se borne à une légère cuisson. — N. G.

COURRIER

Annuaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — Au moment de mettre sous presse la nouvelle édition, la Commission de l'annuaire de l'internat prie les internes et anciens internes de vouloir bien lui communiquer les changements survenus depuis la nouvelle édition et d'adresser ces renseignements *le plus tôt possible* à M. le docteur Sevestre, 7, rue Scribe.

Legs. — M. le docteur Bertillon a légué, en mourant, à la Société d'anthropologie de Paris une somme de 5,000 francs, pour fonder un prix biennal (analogue au prix Godard), destiné à récompenser l'auteur du meilleur travail envoyé sur un sujet concernant l'anthropologie.

©BIU Santé

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1886, deux prix :

1° *Prix de la Société.* — Malgré les travaux, nombreux déjà, publiés sur l'épilepsie Jacksonienne, tels que les leçons de Charcot et Fournier, la thèse de Gérard, le mémoire de Greffier, etc., une monographie de cette maladie est encore à faire.

La Société, désireuse de voir condenser dans un travail de synthèse les observations disséminées dans les journaux et les recueils périodiques, les leçons et les mémoires parus jusqu'à ce jour, ainsi que les recherches encore inédites et les indications thérapeutiques, a décidé de mettre au concours la question suivante : « De l'épilepsie Jacksonienne. » — Ce prix sera d'une valeur de 1,000 francs.

2° *Prix Fauré.* — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur mémoire sur la question suivante « Exposer aux populations peu aisées ce qu'on entend scientifiquement par alcoolisme, et montrer les inconvénients graves qui résultent pour la santé, non seulement de l'ivrognerie, mais encore de l'usage quotidien et longuement prolongé des boissons alcooliques. »

Ce travail, qui sera répandu dans les classes peu aisées, doit, tout en restant très scientifique au fond, être mis à la portée des intelligences auxquelles il est destiné.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés francs de ports, et sous les formes académiques, à M. le secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1886, limite de rigueur. Les membres associés résidents de la Société ne peuvent pas concourir.

Société médicale d'Amiens. — Le sujet du concours pour l'année 1886 est la question suivante : *De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements naturels.* Le dernier délai pour le dépôt des mémoires est fixé au 31 mars 1886.

Pour l'année 1887, la Société a choisi pour sujet : *De l'influence de l'alcoolisme sur les maladies aiguës.*

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Voulmier, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Hunolt, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Riche (Paul) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Steinmetz, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Riboulot, aide-préparateur de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Demange, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Clermont. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Bousquet, suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales.

M. Fredet, ancien suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1886.

Société nationale de médecine de Lyon. — Dans sa dernière séance, cette Société a nommé vice-président pour les années 1886 et 1887 M. X. Delore, secrétaires adjoints MM. Colrat et Fr. Glénard.

Dans la même séance elle a élu membres titulaires MM. Arloing, Cauvet et Pierret.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce cours le mardi 9 février, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Ce cours sera fait en douze leçons.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Des myopathies progressives primitives. — II. Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison. — III. Bibliothèque : Ecchymoses cutanées. — Empoisonnement par le chloroforme pris à l'intérieur. — Identité de la fièvre jaune et de l'impaludisme aigu. — IV. Revue des Journaux : Acide osmique dans la névralgie faciale. — Cocaïne dans la lithotapaxie. — V. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Lyon 3e trim. 1885). — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Des myopathies progressives primitives (1).

VI

Lorsqu'on reprend parallèlement l'histoire clinique de ces diverses myopathies admises par les auteurs, et décrites séparément par eux dans l'isolement de recherches individuelles bien plutôt que différentiées systématiquement, avec l'intention de demander soit à l'étiologie, à la symptomatologie, à l'évolution ou au pronostic, les éléments d'un diagnostic différentiel, on est obligé de reconnaître qu'il est beaucoup plus facile de rencontrer leurs points de contact que de signaler leurs dissemblances ; dans ces conditions, on se trouve tout naturellement porté à poursuivre un rapprochement imposé par les faits.

Tout d'abord, une première forme à éliminer est celle qui prétend, d'un caractère qui leur appartient à toutes en commun, l'hérédité, tirer une base de différentiation. Il est évident que la forme héréditaire de Leyden, à l'existence de laquelle, du reste, l'auteur ne paraît attacher qu'une médiocre importance, à en juger par le peu de développement qu'il lui consacre dans son Traité des maladies médullaires, ne saurait être maintenue, ne correspondant pas à un ensemble clinique distinct ; le début de l'atrophie par les jambes, en effet, dans les cas héréditaires, n'est rien moins que constant, et, d'autre part, l'hérédité ne joue pas un moindre rôle dans l'étiologie de la paralysie pseudohypertrophique, de la forme juvénile de Erb, de la forme infantile de Duchenne.

Mais ces trois formes elles-mêmes sont-elles irréductibles et doivent-elles se poser comme trois entités se partageant sans compromission le domaine nettement réparti des amyotrophies primitives ? Déjà, nous avons embrassé dans une description commune la forme infantile de Duchenne, et la myopathie atrophique progressive de Landouzy et Déjérine, sans nous laisser prendre au change que tend à donner la nomenclature anatomique justifiée par une autopsie capitale, et substituée à l'appellation clinique de Duchenne.

La forme juvénile de Erb jouit-elle d'une autonomie plus solidement établie ?

Il est impossible de ne pas être frappé des nombreuses analogies, allant plus d'une fois jusqu'à l'identité, qui peuvent être relevées entre les traits cliniques de la forme juvénile de l'atrophie musculaire et la forme infantile héréditaire. Toute la description de Erb, à bien peu de chose près, pourrait être signée Duchenne et Landouzy ; seulement, elle tourne court au moment où on s'attend à voir entrer en scène les désordres de la face. Est-ce une lacune de l'observation ? La forme complète de l'amyotrophie progressive, c'est-à-dire avec participation des muscles de la face, fait-elle réellement défaut en Allemagne, ou y est-elle rare à ce point ? Nous ne saurions dire. Les variations de la pathologie ethnique nous ont habi-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 30 janvier et 2 février 1886.

tués de longue date à d'autres singularités, il est vrai; mais nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que, de l'aveu même de MM. Landouzy et Déjérine, et selon la remarque de Charcot, le masque facial particulier à l'atrophie progressive, le *faciès myopathique*, en un mot, si caractéristique dans les cas typiques et pour un observateur prévenu, peut échapper complétement dans certaines circonstances où il se borne à imprimer à la physionomie ce caractère si commun d'immobilité ou d'hébétude derrière lequel on n'a pas toujours l'inspiration de rechercher une akinésie musculaire. « Dût la chose paraître étonnante, écrivent Landouzy et Déjérine, on devra savoir que ce facies n'attire, ne fixe ni ne retient l'attention du plus grand nombre des médecins. » D'autre part, nous savons qu'en fait il peut manquer absolument. En sorte que la paralysie juvénile de Erb peut être considérée comme une atrophie infantile de Duchenne, dans laquelle la lésion des muscles de la face ne se produit pas, ou n'a pas eu le temps de se produire, ou est passée inaperçue.

Le terrain déblayé nous laisse donc en présence de la maladie de Duchenne-Landouzy-Déjérine, d'une part, et de la paralysie pseudo-hypertrophique, de l'autre, avec ces deux caractères antinomiques de l'hypertrophie et de l'atrophie, qu'il semble bien difficile, de prime abord, de ramener à une identité de nature et à une communauté d'origine. L'hypertrophie et l'atrophie sont bien, en effet, les seuls éléments de dissidence entre ces deux formes que confondent l'évolution clinique, la même distribution de l'impotence fonctionnelle, l'attache héréditaire.

Mais ne savons-nous pas déjà, d'après Charcot, que l'hypertrophie n'est rien moins qu'une condition *sine qua non* de l'existence de la paralysie myosclérosique, que tous les caractères cliniques peuvent s'en rencontrer sans qu'on observe l'augmentation de volume des masses musculaires, que celle-ci est suivie constamment, à plus ou moins bref délai, d'une phase d'atrophie, que souvent même les deux processus marchent parallèlement (1). Il y a longtemps déjà que Friedreich ayant observé deux cas dans lesquels la paralysie musculaire hypertrophique coïncidait avec l'atrophie progressive, avait conclu à l'identité des deux maladies, la première n'étant qu'une forme de la seconde modifiée par une prédisposition morbide particulière à l'âge infantile. Ross, Zimmerlin ont vu de ces cas mixtes, et on comprend que Pierson insiste sur cette assimilation après avoir observé côte à côte un cas de paralysie atrophique de Erb, et un fait de pseudohypertrophie dans lesquels les mêmes muscles sont atteints (2).

Gowers nous a déjà donné la clé du paradoxe de la dystrophie musculaire à ses deux aboutissants extrêmes. Il y a plus; histologiquement, MM. Landouzy et Déjérine ont constaté dans l'atrophie musculaire progressive à côté du processus d'atrophie simple, un état hypertrophique vrai de la fibre musculaire dans certains faisceaux, exactement ce qu'ont rencontré Heller, Wernecke, Eulenburg, Cohnheim, Charcot, dans la pseudohypertrophie. Ces altérations nutritives du *sarcous element* ne jouent d'ailleurs qu'un rôle secondaire dans le processus dystrophique dont le muscle est le siège; c'est la myosite interstitielle, c'est la cirrhose conjonctive

(1) Voir encore troisième obs. de Nothnagel (Soc. de méd. viennoise, 16 nov. 1884). *Semaine méd.* 1884, p. 457.

(2) *Jahr. Ber. d. Gis. Nat. und Heilk. in Dresden*, 1882-1883, p. 85.

atrophique ou hypertrophique, avec ou sans infiltration graisseuse, qui commande les modifications définitives dans le sens de l'augmentation ou de la diminution du volume normal du muscle.

On pourrait trouver un autre argument en faveur de ce rapprochement dans l'identité établie dès le premier jour en Allemagne entre la forme héréditaire de Leyden et la paralysie pseudohypertrophique. Celle-ci réclame d'autant mieux sa place dans le concert des myopathies primitives que les désordres des muscles de la face, dont nous savons l'importance diagnostique, y sont très fréquemment notés. Duchenne, étudiant la paralysie pseudohypertrophique, avait été frappé de l'expression stupide de la physionomie de plusieurs de ses malades. Klockner, Griesinger, Donald Mac Phail, Bergeron, notent, avec plus ou moins de détails, l'étrangeté d'un facies éteint ou hébété (1).

Enfin, plus d'une observation y relève un phénomène qui est bien près d'avoir la même valeur pathognomonique, au dire même de Landouzy et Déjérine : c'est la rétraction du biceps mentionnée, par exemple, dans la deuxième observation de paralysie myosclérosique de Goodridge, dans une autre de Damaschino.

En résumé, aucune différence essentielle, aucune limite tranchée ne séparent ces différents types que relient, au contraire, de nombreuses formes de transition, des variétés intermédiaires qui se classent indifféremment dans l'une ou l'autre catégorie. Ce ne sont donc point là des maladies différentes, mais de simples modalités d'un même processus fondamental, la *dystrophie musculaire*, des formes cliniques fusionnées d'une seule et même entité morbide, la *myopathie progressive primitive*.

VII

Doit-on se tenir, en dernière analyse, à l'altération musculaire, comme à la cause unique et primordiale de la maladie, comme au premier et au dernier mot de la pathogénie ?

Il n'a été trouvé ni dans le myélaxe, ni dans les racines antérieures, de lésion d'aucune nature, rien de comparable, en tout cas, aux lésions destructives de l'atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Aran. Le système nerveux périphérique est également hors de cause. Ce résultat était d'ailleurs pressenti par la clinique.

Et cependant, quand on considère que la distribution de l'atrophie est exactement, pour ce qui est des muscles, du moins, et abstraction faite du caractère secondaire de l'évolution, ce qu'elle est dans cette dernière maladie, (ce qu'elle est également dans certaines paralysies radiculaires), — à ce point qu'il se pose une question de diagnostic différentiel fort délicate entre l'atrophie myélopathique du type scapulo-huméral et l'amyotrophie primitive qui a respecté la face, — on se prend à douter de la légitimité des conclusions négatives posées par des observateurs d'une autorité irrécusable ; on se demande plutôt si l'anatomie pathologique, dans les conditions actuelles de sa technique, est bien qualifiée pour affirmer une telle solution. En tout cas l'anatomie pathologique est complètement impuissante à nous édifier sur l'existence des lésions purement fonctionnelles, dont on n'est point encore parvenu, que nous sachions, à libérer la neuropathologie.

(1) La même mention est faite dans les observations toutes récentes de Sharkey (*Med. Times and Gaz.*, 1885, I, p. 639); et Whitla (*Id.*, 1885, I, p. 273).

Enregistrons ici le témoignage d'un maître dont l'organicisme progressiste n'est pas à suspecter : « Pour dire ici toute ma pensée, écrit R. Lépine, je ne suis pas absolument convaincu de l'intégrité du système nerveux central de ces malades (1), » et il fait ressortir combien la circonscription de la myopathie à certains groupes musculaires sous la dépendance, soit d'un nerf comme le facial, soit d'un groupe de cellules des cornes antérieures, de même que l'absence fréquente du réflexe rotulien, plaident en faveur d'une origine nerveuse. On a dans la myopathie saturnine un semblable exemple de désordres trophiques, d'ailleurs curables, qu'on est dans l'impossibilité de rattacher à une lésion déterminée du système nerveux central ou périphérique.

Erb s'était déjà posé la question dans des termes presque identiques ; il faisait ressortir la systématisation de l'atrophie, l'influence de l'hérédité, la coïncidence avec d'autres maladies nerveuses dans la même famille. Relativement à ce dernier ordre de faits, l'argument est singulièrement renforcé par des observations comme celles de Cénas, dans lesquelles on voit les deux frères en proie à la myopathie primitive, et la sœur atteinte d'atrophie musculaire myélopathique. Erb, qui se défend d'ailleurs de trancher définitivement la question, se demande si on n'est pas en présence d'une sorte de *trophonévrose musculaire,* et il nous semble qu'il a donné d'un mot la véritable formule pathogénique de l'amyotrophie progressive primitive, au moins telle qu'elle ressort de nos connaissances actuelles, et que rien, jusqu'à nouvel ordre, ne pourrait en être dit de plus juste, ni de plus précis (2).

R. LONGUET.

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

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison.

La nommée Caillon (Angélique), femme Roux (Baptiste), âgée de 41 ans, domestique, née à Couloutre (Nièvre), entre à l'hôpital le 23 janvier 1884, salle Chassaignac, lit n° 13.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, cette femme n'a jamais présenté de troubles de la menstruation. Elle s'est mariée à 27 ans, a eu cinq enfants, de 28 à 40 ans; le second enfant, venu à sept mois par le siège, est mort pendant l'accouchement.

A la fin d'avril ou au commencement de mai 1883, cette malade fit une fausse couche de trois mois pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Huit jours après, des douleurs lancinantes et presque continues s'établissent un peu à droite de l'ombilic; au bout d'un mois, ces douleurs, sans diminuer d'intensité, devinrent rémittentes; elles cédaient quelques heures dans la journée; néanmoins, la malade était condamnée à passer la plus grande partie du jour étendue sur son lit, car la moindre pression, et surtout la marche exaspéraient la douleur. Actuellement, les douleurs lancinantes reviennent pendant quelques heures à peu près tous les jours.

---

(1) *Lyon médical*, 1885, III, p. 128.

(2) Eulenburg décrit l'atrophie musculaire progressive, dans le Dictionnaire de Ziemssen (1877, XII, 2e p., p. 103), comme une trophonévrosevaso motrice. — Remak, Schneevogt, admettent une trophonévrose sympathique. — J. Ross (1881, I, p. 207), dans ses généralités, fait également de l'atrophie musculaire une trophonévrose musculaire. Mais il ne faut pas perdre de vue que le mot névrose n'a pas exclusivement, à l'étranger, la signification de maladie essentielle.

C'est aussi vers cette époque que la malade remarqua pour la première fois, à quelques centimètres à droite de l'ombilic, au siège même des douleurs lancinantes, une masse dure et grosse comme le poing. Dès lors, le ventre s'est développé graduellement; cependant, il ne semble plus grossir depuis un mois. Les règles ont apparu, pour la dernière fois, trois mois avant la fausse couche, le 25 janvier 1883.

Il n'y a pas de troubles à noter du côté du tube digestif : l'appétit est conservé; la malade ne vomit pas et digère bien, mais elle a beaucoup maigri depuis sa fausse couche et dort peu à cause de ses douleurs. Les selles sont normales. Les mictions sont fréquentes et cuisantes; l'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

Le ventre, irrégulièrement hémisphérique, est peu volumineux, très saillant et pointe directement en avant; il ne retombe pas sur les cuisses et ne déborde pas dans la région des flancs. La circonférence du ventre, prise au niveau de l'ombilic, mesure 86 centimètres; la distance qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde est de 16 centimètres, celle qui sépare l'ombilic de la symphyse pubienne de 17 centimètres; enfin, de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, il y a 23 centimètres; de l'ombilic à l'épine droite, il n'y en a que 21.

La peau, non distendue, est parcourue par de nombreuses veines disposées en un réseau à mailles verticales, réparti uniformément sur toute la surface du ventre; on remarque, en outre, des vergetures dans les fosses iliaques et la région hypogastrique. L'ombilic, situé au point culminant du ventre, est légèrement déplissé.

Dans la portion sous-ombilicale existe un relief de 4 centimètres de largeur sur 8 de longueur; ce relief, couché presque horizontalement sur la limite des régions hypogastrique et ombilicale, s'incline sur son extrémité gauche, un peu en bas, vers la fosse iliaque correspondante. La palpation démontre que cette saillie est constituée par le corps de l'utérus.

Il n'y a pas d'ascite, la consistance du ventre est ferme et élastique; on peut percevoir de la fluctuation profonde sur toute l'étendue de la tumeur.

La sonorité occupe la moitié gauche de la fosse iliaque gauche, la partie la plus reculée du flanc gauche, l'hypochondre gauche dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessous du bord costal, l'épigastre et la partie postérieure du flanc droit. La matité que l'on trouve dans tous les autres points de l'abdomen se continue au niveau de l'hypochondre droit avec la matité hépatique.

Au toucher, on constate que le cul-de-sac postérieur est comblé et abaissé par une masse qui se continue avec la tumeur abdominale. L'utérus est allongé, étiré; le col est aplati.

Le 26 janvier 1884, une ponction, faite avec l'aspirateur Potain, un peu à droite de l'ombilic, donne issue à un demi-litre environ d'un liquide d'aspect purulent et fétide. En retirant l'aiguille, on aperçoit *un poil* engagé dans la petite plaie; une légère traction sur ce poil attire facilement au dehors tout un écheveau. Ces poils sont coupés au ras de la peau, et la petite plaie est pansée avec de la poudre d'iodoforme.

Pendant la journée, la malade s'est plainte de coliques; elle a un peu vomi; temp. 38°4.

Le même état de malaise et les vomissements persistent pendant les trois jours suivants : le matin, la température était de 38°; le soir, de 39° le premier jour, de 39°3 le second, de 39°5 le troisième. La température a ensuite oscillé de 37°5 à 38°5 jusqu'au 5 février, jour de l'opération.

Le 5 février 1884. — Opération avec l'aide de MM. Périer, Berger et Just Championnière.

L'incision médiane, conduite de l'ombilic à quelques centimètres du pubis, saigne beaucoup, à cause des nombreuses veines qu'on sectionne. On applique des pinces hémostatiques. Le péritoine, ouvert facilement, adhère à la paroi kystique, et celle-ci est décollée avec les doigts et la sonde cannelée. L'incision abdominale est alors agrandie en haut, jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ponction du kyste avec le plus gros trocart de Mariaud : il s'écoule sept litres de liquide d'aspect purulent mêlé de nombreux grumeaux blanchâtres. Le kyste s'est déchiré un peu au niveau de la ponction, et il faut abriter les parties voisines avec des

éponges pour les préserver du contact du liquide qui s'écoule en petite quantité par cette déchirure.

Les adhérences à la paroi sont peu à peu dissocées en haut, puis à droite; quelques brides cellulaires adhérentes à l'épiploon sont déchirées.

Du côté droit, le kyste reste adhérent par son pédicule qui est peu à peu isolé à l'aide des doigts et des ciseaux. Deux pinces courbes sont appliquées sur ce pédicule qui n'est autre que le ligament large droit. Il est sectionné entre les deux pinces. Dans le bassin, le kyste adhère encore au cul-de-sac recto-utérin par de nombreux tractus celluleux, qui sont peu à peu déchirés avec les doigts, si bien que la masse entière libérée peut être enlevée.

Trois ligatures en chaine sont faites sur le ligament large droit, du côté de l'utérus. Deux autres, toujours en chaîne, sont placés sur le même ligament, mais du côté des vaisseaux utéro-ovariens.

Deux ou trois ligatures au catgut sont faites sur les adhérences cellulo-vasculaires saignantes du bassin. Enfin, un petit point de suture au catgut fin est appliqué sur la tunique séro-musculaire d'une anse intestinale, intéressée dans une étendue de 3 à 4 millimètres par un coup de ciseaux; la tunique muqueuse intacte faisait hernie par cette petite ouverture.

Toilette péritonéale très soignée. L'ovaire gauche laissé en place est sain. Suture de la paroi par huit points profonds en fil d'argent et trois points superficiels dont un au niveau de l'ombilic, coupé directement.

L'opération, faite suivant les règles de Lister et sous le spray, a duré cinquante minutes.

Le 5, soir. — Légères douleurs abdominales. Glace, champagne. Temp. 39°5, pouls 127, resp. 20.

Le 6. — Matin : La nuit a été bonne. Une demi-piqûre de morphine en deux fois. Temp. 39°1, pouls 115, resp. 18. — Soir : La malade a rendu des gaz par l'anus, a uriné seule; une demi-piqûre de morphine. Temp. 38°8, pouls 115, resp. 20.

Le 7. — Matin : La nuit a été bonne. Temp. 38°8, pouls 115, resp. 18. — Soir : Temp. 38°9, pouls 117, resp. 18.

Le 8. — Matin : On lève le pansement; quatre fils profonds et trois superficiels sont enlevés. Temp. 38°, pouls 107, resp. 18. — Soir : Temp. 37°7, pouls 101, resp. 18.

Le 9. — Matin : Temp, 37°7, pouls 99. resp. 16. — Soir : La malade a pris du lait et deux potages. Temp. 38°1. pouls 105, resp. 16.

Le 10. — Matin : Temp. 37°5, pouls 99, resp. 16. — Soir : Temp. 38,5, pouls 111, resp. 16.

Le 11. — Matin : Temp. 38°5, pouls 111, resp. 16; les quatre derniers fils profonds sont enlevés. — Soir : Temp. 38°, pouls 104, resp. 16.

Le 15 février, la température s'est élevée à 39° à la suite d'une constipation opiniâtre; après l'extraction d'un bol fécal dur et très volumineux, situé immédiatement au-dessus de l'anus, un lavement purgatif a déterminé la débâcle ; la température était normale le lendemain.

La malade est sujette à des poussées fébriles qui reviennent avec une certaine périodicité; bien qu'elle habite la Nièvre depuis son enfance, elle affirme n'avoir jamais eu de fièvres intermittentes; néanmoins ces accès fébriles cèdent au sulfate de quinine.

La malade sort guérie le 20 mars 1884.

Nous en avons eu des nouvelles en janvier 1885 et elle se portait très bien; ses règles ont reparu deux mois après son départ de Paris.

Le 27 décembre 1885, Mme R... allait fort bien. Elle est très bien réglée et n'a pas engraissé.

La tumeur enlevée pesait 360 grammes et renfermait 7 litres de liquide; son poids total était donc de 7,360 grammes environ. Elle était constituée par une poche volumineuse, ayant les dimensions d'une très grosse tête d'adulte.

Les parois épaisses offraient, à leur face interne, quelques rugosités et entre autres

un mamelon, sur lequel on voit très nettement l'implantation de poils longs et noirs, véritables cheveux.

Sur la paroi externe de la tumeur, on aperçoit la section de la partie par laquelle elle adhérait au ligament large, et, en dehors de cette section, la trompe correspondante notablement hypertrophiée.

Deux points sont à noter dans cette observation :

1° La façon dont le diagnostic de kyste dermoïde a pu être posé par l'introduction d'un poil dans la canule du trocart explorateur. C'est la seconde fois que le fait se produit pour nous.

2° L'apparition tardive d'accidents fébriles prenant le type intermittent, bien que la malade n'ait jamais eu de fièvre intermittente. Mais, alors il faut tenir compte d'une sorte d'intoxication passive, due au long séjour de l'opérée dans un pays où existent des fièvres intermittentes. Il semble que, dans ces cas, le traumatisme diminuant la résistance de l'économie, le poison tellurique ne peut plus être supporté ou bien trouve un terrain mieux préparé pour les accidents qu'il produit?

Quelle que soit la théorie, le fait a été vérifié nombre de fois par le professeur Verneuil et par nous-même.

BIBLIOTHÈQUE

DES ECCHYMOSES CUTANÉES (*Etude médico-légale*), par E. PERRIN DE LA TOUCHE. Paris, 1885. J.-B. Baillière.

M. de la Touche a étudié les ecchymoses, au point de vue médico-légal, sur le vivant et après la mort. Si les premières se reconnaissent aisément, les secondes sont plus difficiles à diagnostiquer, quand elles sont conséquentes à des violences exercées sur le cadavre pendant les deux ou trois heures qui suivent la mort. L'auteur insiste sur ces difficultés et sur les différences qui permettent de reconnaître les ecchymoses spontanées des ecchymoses traumatiques. Il note, enfin, l'incertitude des renseignements obtenus par l'examen direct, relativement à l'époque de leur production et à la nature de l'instrument qui les a produites. Ces conclusions, et d'autres encore, donnent un réel mérite à ce mémoire qui jette quelque lumière sur un coin encore assez obscur de la médecine légale. — C. L. D.

CASE OF POISONING RESULTING FROM CHLOROFORM TAKEN INTERNALLY, par LLEWELYN ELIOT. New-York, 1885; Trow's printing and Bookbinding C° (Cas d'empoisonnement par le chloroforme pris à l'intérieur).

Extraite du journal *The medical Record*, cette brochure ne donne pas seulement le récit d'un empoisonnement par le chloroforme, dont l'auteur a été le témoin, elle expose encore l'analyse complète des cas signalés dans la littérature américaine, et que M. Eliot a eu la patience de réunir et de comparer. Ils sont au nombre de cinquante-six. Le traitement qu'il formule consiste à évacuer le contenu stomacal par les vomitifs, ou mieux par l'aspiration avec la pompe et, ajouterais-je, avec le tube; à administrer le café, la strychnine, la digitale, l'ammoniaque, ou mieux le nitrite d'amyle, dont les propriétés vaso-motrices ont été si utilement mises à contribution en Europe, par M. Henri Huchard, contre le spasme vasculaire dans l'angine de poitrine. Je note encore la préférence que M. Eliot donne à l'ammoniaque pour remplacer l'alcool à titre de stimulant. Cette brochure mérite d'être connue de tous ceux qui s'intéressent à la thérapeutique des empoisonnements. — Ch. ELOY.

DE L'IDENTITÉ DE LA FIÈVRE JAUNE ET DE L'IMPALUDISME AIGU, par M. VIEIRO DE MELLO. Rio-Janeiro, 1885. Lombaerts.

Dans cette brochure, notre confrère brésilien reproduit les conclusions d'une note qu'il communiquait naguère à l'Académie des sciences de Paris. L'argument dont il

s'autorise pour proclamer l'identité des deux affections consiste à soutenir l'identité morphologique de l'élément considéré par M. Domingo Freire comme producteur de la fièvre jaune avec celui qu'il a lui-même rencontré dans les humeurs de malades atteints d'impaludisme aigu et chronique.

Cette opinion assez osée est exprimée avec la bonne foi d'une conviction sincère. On peut donc différer d'opinion avec M. Vieiro de Mello, mais on doit lui tenir compte de cette énergique sincérité. Au reste, l'identité de la fièvre jaune avec l'impaludisme n'est pas une hypothèse nouvelle; elle a eu naguère ses avocats convaincus; néanmoins, l'adhésion que lui accorde notre confrère, l'un des plus éminents parmi les médecins du Brésil, méritait d'être signalée. — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

De l'acide osmique dans la névralgie faciale (*The Lancet*, août 1885, et *The Practitionner*, octobre 1885). — Ces périodiques nous apprennent les tentatives faites par un praticieen de Saint-Pétersbourg, le docteur Shapiro, en vue d'utiliser les propriétés de l'acide osmique pour le traitement des névralgies du trijumeau, tentatives dont le résultat semble encourageant, s'il faut en croire la communication que l'auteur a faite vers le milieu de l'année 1885 à la Société médicale de Saint-Pétersbourg.

C'est dans l'ambulance de la Société impériale de philanthropie que l'auteur a expérimenté l'acide osmique qu'il a employé en injections sous-cutanées dans 8 cas de névralgies du trijumeau tous très sévères, très tenaces, rebelles à tout traitement et datant de longtemps déjà.

Sur ces 8 malades, 5 furent guéris, 2 améliorés et le huitième n'en eut aucun bénéfice. La formule employée par l'auteur est la suivante :

Acide osmique.....	0,10 centigrammes.
Eau distillée.....	6 grammes.
Glycérine pure.....	4 —

Comme pour la plupart des solutions d'alcaloïdes ou de leurs sels, cette solution d'acide osmique peut se conserver pure pendant deux ou trois semaines grâce à l'addition de la glycérine, tandis que la solution simplement aqueuse de tarde pas, au bout de trois ou quatre jours, à virer au brun pour devenir noire plus tard, et, par suite, être hors d'usage; or, comme l'acide osmique coûte 10 francs le gramme, étant ainsi quatre fois plus cher que l'or, on voit l'importance de se servir d'une solution qui puisse se conserver pendant au moins quelque temps.

La dose injectée, pour commencer, a été de 5 gouttes qu'on pourra plus tard augmenter jusqu'à 8. La seule fois où l'injection sous-cutanée d'acide osmique ait déterminé des symptômes désagréables, et dont la possibilité établit une des contre-indications à l'usage de ce médicament, a été lorsque l'auteur a employé ce moyen chez une femme extrêmement nerveuse ayant dans son passé des antécédents d'épilepsie (?), et chez laquelle l'injection détermina une attaque très semblable, selon le docteur Shapiro, à une atteinte de petit mal. Le seul cas dans lequel une amélioration n'ait pas été constatée, est celui d'une femme où le professeur Erb avait attribué une origine hystérique à sa névralgie, et qui, se plaignant en même temps de douleurs dans le cou et le dos, est soupçonnée d'avoir une lésion centrale. Chez elle, une seule injection fut faite, et, ayant augmenté considérablement les douleurs, ne put être répétée.

Localement, le docteur Shapiro n'aurait observé aucun des effets décrits par Leichtenstern, tels que éruption de bulles rougeâtres rupiacées, escharres, furoncles, aussi n'hésite-t-il pas à injecter l'acide osmique sous la peau de la face.

L'auteur n'entre pas à fond dans l'étude théorique du mode d'action de l'acide osmique qu'il compte étudier expérimentalement; mais il fait observer que l'acide osmique détermine l'inflammation du bout périphérique du nerf, et que cette inflammation, suivie probablement de l'atrophie, doit constituer le principal mode d'action de cet agent dangereux, l'effet calmant n'étant que secondaire.

Dès lors, les injections du docteur Shapiro ne seraient indiquées que lorsque la névralgie paraît porter sur l'extrémité terminale des branches du trijumeau, et ne pourraient rien contre la névrite des branches profondes, telles que l'auriculo-temporal et la dentaire inférieure.

On ne saurait y avoir recours que si l'impuissance des autres moyens, parmi lesquels nous plaçons les révulsifs et l'électricité, est bien et dûment démontrée. — L. Dn.

Cocaïne dans la litholapaxie (*British méd. Journal*, 4 juillet 1885). — Dans un cas récent, le professeur Bruns, de Tübingen, a réussi, à l'aide de la cocaïne, a obtenir l'anesthésie locale complète de la vessie et de l'urèthre en y injectant une solution qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants. Le patient, un homme jeune encore, souffrait depuis déjà quatre ans de pierre vésicale. Il y avait de la cystite chronique et des mouvements fébriles vers le soir. L'injection dans la vessie et un peu aussi dans l'urèthre d'une solution d'un gramme de cocaïne pour 200 gr. d'eau, réussit à produire une anesthésie locale complète pendant une demi-heure, dont on profita pour broyer et retirer un calcul d'oxalate de chaux extrêmement dur, et cela sans la moindre douleur. Après l'injection, dans la cavité vésicale, de la solution cocaïque, le malade eut soin de se coucher dans différentes positions de manière à amener le liquide au contact de toute la cavité vésicale, et, après l'opération, on injecta une petite quantité d'une solution à 10 p. 1,000 d'une émulsion de glycérine iodoformée. La guérison marcha sans interruption. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Bis repetita placent, a dit un proverbe auquel M. Lépine était fidèle en renouvelant sa déposition en faveur de la *terpine*. Ce n'est plus seulement à cause de sa vertu de fluidifier les sécrétions bronchiques, mais bien à l'occasion de ses propriétés diurétiques que notre confrère lyonnais rappelait les mérites du médicament dont il est l'un des premiers patrons.

Aux petites doses de 30 à 40 centigrammes, la terpine est donc diurétique; M. Mollière confirme cette déclaration. Il ajoute qu'à hautes doses, cette substance ayant une action contraire, on doit la comparer aux médicaments à double effet : l'alcool et l'opium.

MM. Lépine et Aubert reprennent encore une autre question : celle de *la toxicité des matières organiques et salines de l'urine normale et fébrile*. Leur communication a pour but de rectifier l'opinion de MM. Feltz et Ritter en ce qui touche la toxicité de l'urine normale, et d'apporter la preuve de la toxicité plus grande des urines fébriles. Ils attribuent cette excessive activité à la richesse de ces liquides en matières organiques. Ces alcaloïdes toxiques sont isolables au moyen de l'éther, et ont déjà fait l'objet d'un travail que M. Guérin a publié dans le journal le *Lyon médical*. D'autre part, MM. Lépine et Aubert font encore remarquer la différence des phénomènes physiologiques provoqués par l'injection des urines fébriles ou bien normales dans les vessies des chiens. Or, cette différence n'existe pas quand on emploie les cendres des unes ou des autres de ces urines. C'est donc bien aux alcaloïdes et non pas aux sels qu'on doit attribuer cette toxicité spéciale.

Dans cette même séance, la *pneumonie caséeuse massive à granulations confluentes* a motivé des remarques de MM. Renaut et Rochet. Cette forme lobaire, disent-ils, ne retentit pas sur la plèvre et possède les apparences d'une pneumonie, quand les granulations sont assez rapprochées pour solidifier la masse du lobe pulmonaire. Des signes insolites permettent parfois de porter hâtivement un diagnostic dont l'importance pronostique est manifeste; tels sont : un œdème considérable; une albuminurie de moyenne intensité; la persistance des signes locaux après une fausse défervescence et, enfin, la reprise de la fièvre avec de grandes oscillations.

C'était une question de physiologie que M. Arloing traitait sous la rubrique de *dissociations et associations nouvelles des mouvements de la marche sous l'influence de la volonté*, en essayant d'en donner l'application à la détermination de la nature des mouvements instinctifs. M. Robin adapte immédiatement ces faits aux opérés du genu valgum. Ces sujets doivent, en effet, apprendre à marcher dans des conditions d'équilibre différent, observent leurs mouvements, les suivent du regard pour en marquer la direction et l'étendue jusqu'au jour où ils ont pris les allures ordinaires des personnes bien conformées.

Une présentation de M. V. Martin méritait aussi l'attention de ses collègues. Il s'agissait de deux *sujets autographiques*, chez qui l'urticaire se manifestait quand on frottait la peau. On pouvait ainsi dessiner en relief des figures ou des caractères qui persistaient durant une heure et demie ou deux heures, et dont la saillie était telle que notre confrère a pu en tirer de véritables épreuves. Cette urticaire est d'ailleurs assez fréquente dans le milieu où M. Martin observe, puisqu'il a pu en constater trois cas dans mille hommes pris au hasard.

Un fait de vénéorologie, unique peut-être, a été communiqué par M. Horand. C'était une *blennorrhagie contractée dans un rapport anormal ab ore;* il existait des gonococcus dans les sécrétions uréthrales et M. Horand explique la contagion par la présence de ces microbes dans la bouche de la femme avec laquelle ce malade avait eu des rapports suspects. Ces microbes y avaient, sans doute, été déposés par un rapport semblable, et tout récent.

Il reste à signaler, dans le domaine de la médecine expérimentale, un mémoire, de M. Cornevin, sur le *rouget du porc*, dont il complète l'histoire clinique en établissant l'existence d'une forme chronique, et, dans le domaine de la gynécologie, une note, de M. Biot, sur le *cathéter utérin flexible* dont il est l'inventeur, et qui consiste en une bande de papier roulé souple et exempt, dit l'auteur, des inconvénients si souvent reprochés à l'hystéromètre classique. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Petit et Chastaing, pharmaciens, pour la section de pharmacie; — de M. Baillet, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour la section de médecine vétérinaire; — de MM. les docteurs A. Ollivier et Napias, pour la section d'hygiène, de médecine égale et de police médicale; — de M. le docteur Demons (de Bordeaux), pour le titre de membre correspondant national;

2° Une note de M. le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines), sur le principe acide du suc intestinal;

3° Une lettre de M. Paul Bert, président de la commission de souscriptions pour le monument à élever à Claude Bernard, invitant l'Académie à assister à l'inauguration de ce monument, qui aura lieu dimanche, 7 février, à dix heures, au Collège de France;

4° Une lettre de M. le docteur Marquez (d'Hyères), qui adresse à l'Académie le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Jules Guérin, qui ont eu lieu, à Hyères, le 28 janvier dernier.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que l'Académie, n'ayant pas été prévenue du jour et du lieu où devaient être célébrées les obsèques de M. Jules Guérin, n'a pu s'y faire représenter officiellement.

M. Vulpian présente, au nom de M. le docteur Leloir (Henri), professeur de maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Lille, un ouvrage sur la lèpre, œuvre extrêmement remarquable, dit M. Vulpian, tant pour la perfection de son exécution artistique

que pour la somme très considérable de travail qu'il représente, et pour lequel l'auteur a dû vaincre des difficultés de plusieurs sortes.

M. Théophile Roussel présente, de la part de M. le docteur Lacassagne, professeur à la Faculté de Lyon, un ouvrage intitulé : *Archives de médecine criminelle.*

M. Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Henri Huchard, une brochure intitulée : *L'adonis vernalis et l'adonidine, nouveau médicament cardiaque.*

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Bossu, un exemplaire de la onzième édition de son ouvrage intitulé : *Anthropologie; étude des organes, fonctions, maladies de l'homme et de la femme*; — 2° de la part de M. le docteur Van Merris, un ouvrage intitulé : *La scrofule et les bains de mer;* — 3° de la part de M. le docteur Longuet, médecin-major, un ouvrage intitulé : *Etudes sur le recrutement dans le département de la Haute-Savoie.*

M. Sappey offre en hommage : 1° un ouvrage in-folio intitulé : *Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques, considérés chez l'homme et les vertébrés ;* — 2° *Recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux;* — 3° *Les éléments figurés du sang dans la série animale ;* — 4° *Études sur l'appareil mucipare et sur le système lymphatique des poissons ;* — 5° un exemplaire de la troisième édition du *Traité d'anatomie descriptive.* (Applaudissements.)

M. le Président remercie M. Sappey au nom de l'Académie.

M. Legouest présente, au nom de M. le docteur Séna, un travail sur la *bretelle hémostatique.*

M. Léon Le Fort, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, demande la permission de présenter quelques observations au sujet de ce que M. Armand Gautier a dit, relativement à un échantillon de bi chlorure de méthylène qui lui aurait été envoyé d'Amérique, et qui n'était autre chose qu'un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique.

M. Léon Le Fort, à l'exemple de Spencer-Wells, déclare avoir expérimenté ce mélange, à titre d'anesthésique, chez bon nombre d'individus auxquels il avait à faire des opérations plus ou moins longues et douloureuses, et, comme le chirurgien américain l'avait déjà observé, il a constaté que les vomissements, pendant ou à la suite de l'administration de ce mélange, étaient infiniment moins fréquents qu'à la suite des inhalations de chloroforme seul.

Il y a donc là, suivant M. Le Fort, un agent anesthésique précieux dont il ne faudrait pas dédaigner les services, par suite d'un motif de défiance que les paroles prononcées par M. Gautier, dans la dernière séance, seraient de nature à inspirer.

M. Gautier répond qu'il y a au moins un inconvénient grave à donner à ce mélange de chloroforme et d'alcool méthylique, le nom d'un produit, le bi-chlorure de méthylène, dont l'action toxique a été démontrée par M. Jules Regnauld.

— M. Peter demande à présenter quelques observations au sujet de la communication faite, dans l'avant-dernière séance, par M. Gautier sur les *ptomaïnes*, les *leucomaïnes* et les *matières extractives*, considérées au point de vue de leur action sur l'organisme vivant. Nous publierons dans le prochain numéro l'analyse du discours qu'a prononcé M. Peter.

M. le docteur François Franck, suppléant au Collège de France, lit un travail intitulé : *Etudes de physiologie pathologique sur la reproduction expérimentale de l'insuffisance aortique.*

Ce travail contient le résultat des recherches de l'auteur sur l'analyse des symptômes et le mode de production des accidents dus à l'insuffisance aortique étudiés comparativement chez l'homme et chez les animaux. Comme cette étude a surtout pour but la reproduction expérimentale des troubles circulatoires observés en clinique, l'auteur se borne à l'indication des résultats fournis par les expériences qu'il poursuit depuis plusieurs années.

L'auteur expose successivement la technique et les procédés opératoires employés pour ces expériences; il étudie les troubles circulatoires et généraux, survenant au moment de la lésion valvulaire et lui faisant immédiatement suite; les modifications vasculaires fonctionnelles qui s'associent aux modifications cardiaques et concourent à la réparation des accidents initiaux; les conditions de la mort subite ou rapide survenant à la suite de la rupture valvulaire; les conditions qui déterminent la réparation des accidents de la période de dépression initiale; le mécanisme des réactions cardio-vasculaires qui tendent à compenser la dépression artérielle résultant de l'insuffisance aortique; l'insuffisance des réactions cardio-vasculaires à réparer les troubles circulatoires dans les cas de lésions aortiques très étendues, etc.

L'auteur termine par l'examen de quelques accidents liés à l'insuffisance aortique et de la syncope en particulier, l'analyse des principales manifestations extérieures de l'insuffisance aortique et les applications à la clinique.

(Comm. MM. Vulpian, Marc Sée, Constantin Paul.)

FORMULAIRE

MIXTURE ANTIDYSPEPTIQUE. — A. Fort.

Brômure de potassium	8 grammes.
Magnésie calcinée	6 —
Extrait thébaïque	0 gr. 40 cent.
Sirop simple	25 grammes.
Hydrolat de laitue	240 —
Hydrolat de laurier-cerise	60 —

Mêlez. — Agiter au moment de s'en servir. — Une grande cuillerée avant les deux principaux repas, pour combattre la gastralgie et la dyspepsie flatulente. — N. G.

COURRIER

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le professeur Semmola (de Naples) a reçu du roi d'Italie, la médaille d'or du Mérite public en récompense du zèle et de l'abnégation avec lesquels il a dirigé le service sanitaire de la Croix Blanche pendant l'épidémie cholérique de 1884.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Féris, médecin professeur de la marine, et l'un des collaborateurs du *Dictionnaire encyclopédique*, décédé le 22 janvier 1886, à l'âge de trente-sept ans; de M. le Roloff, directeur du Collège royal de Berlin, collaborateur des *Archives de Virchow*; de M. le docteur Dobrowsky, médecin-major à Vienne; de M. le docteur Michiels, à Quœdypre (Nord); de M. Le Corney, médecin de la marine.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

LA FARINE MORTON est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Albert Ruault : Note sur les effets du chlorhydrate de cocaïne, employée comme analgésique dans les brûlures et les congélations superficielles. — II. Bibliothèque : Leçons sur le venin des serpents du Brésil. — III. Revue des Journaux : La transfusion du sang pratiquée au moyen d'inhalations par les voies broncho-pulmonaires. — Sur l'anurie hystérique. — La grossesse dans ses rapports avec les maladies organiques du cœur. — IV. Sociétés médicales des départements : Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon (3e trim. 1885). — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causerie.

Note sur les effets du chlorhydrate de cocaïne, employé comme analgésique dans les brûlures et les congélations superficielles,

Par le docteur Albert Ruault.

Les applications topiques du chlorhydrate de cocaïne en solution peuvent rendre plus de services comme agent analgésique que comme anesthésique local. Tandis que tous les auteurs sont d'accord pour trouver ce médicament incomparable, dans certains cas, contre la dysphagie des malades atteints de phthisie laryngée, par exemple, le désaccord devient grand et les faits relatés sont contradictoires, lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur de cet alcaloïde comme anesthésique local dans les petites opérations. Pour mon compte, j'ai retiré de grands avantages de l'emploi de la cocaïne comme analgésique, alors qu'elle n'avait pu me servir d'anesthésique dans les mêmes circonstances.

Les cautérisations faites soit dans les fosses nasales, soit dans la bouche, avec le galvano-cautère, ne causent généralement pas une très forte douleur; mais, lorsqu'on procède par scarifications un peu profondes, ainsi que j'ai été appelé à le faire dernièrement, à intervalles de temps assez rapprochés dans un cas de leucoplasie buccale, la douleur devient assez grande pour faire désirer l'anesthésie. Elle est surtout vive après l'opération, et peut quelquefois empêcher le patient de dormir une partie de la nuit suivante. De plus, lorsqu'on a opéré dans la bouche, la mastication est pénible, douloureuse même, pendant un jour et quelquefois plus. Dans ces

FEUILLETON

CAUSERIE

Divertissements sur les cartes de visite. — La cartomancie médicale.

Etes-vous d'avis, lecteur, que le jour de l'an est un jour fort ennuyeux ? Que de corvées ! Que de banalités dites et subies ! Seule la carte de visite nous apporte quelques divertissements.

Eh oui, cette carte de visite contre laquelle chacun s'élève, mais que chacun, dans notre monde surtout, expédie par centaines ou par milliers, après avoir régulièrement *coché* les noms sur une liste *ad hoc*, pour être bien sûr de n'en point oublier; cette carte de visite, dis-je, est un trésor d'observations. Voulez-vous que nous en examinions quelques-unes ensemble ?

Vous allez juger si au papier, grand ou petit, mince ou épais, blanc glacé, blanc moiré, etc.; si aux caractères moyen-âge, gothiques, droits, renversés, gros, petits, égaux ou accidentés, noirs, or ou couleur.....; si aux épithètes accolées aux noms, simples ou ronflantes, longues ou courtes, uniques ou multiples, utiles ou non; si dans la façon de placer les initiales devant un nom, de choisir ses prénoms; il n'y a pas tout un art, tout un monde de curiosités. Je suis convaincu pour ma part que tous ces points de vue révélateurs du choix, du goût, de la finesse de la personne pour-

©BIU Santé

conditions, je n'ai jamais pu obtenir l'absence de douleur opératoire par des badigeonnages préalables, bien que j'aie employé des solutions assez concentrées, jusqu'à 10 pour 100, et que j'aie fait varier dans des limites assez étendues l'intervalle de temps entre l'application de la solution et la cautérisation. Au contraire, en faisant une pulvérisation ou même un simple badigeonnage avec une solution à 2 pour 100, j'ai toujours obtenu en quelques minutes une disparition complète de la douleur. Chez le malade atteint de leucoplasie buccale auquel je faisais allusion précédemment, cette insensibilité durait environ trois heures, permettait au patient de dîner à l'aise, et la douleur ne revenait qu'ensuite, assez atténuée, du reste, pour le laisser dormir comme à l'ordinaire. Ce malade, fort intelligent, analysait très bien les sensations qu'il éprouvait, et m'a affirmé plusieurs fois que, tandis que l'application post opératoire de la cocaïne calmait la douleur presque instantanément, la même manœuvre pratiquée avant la cautérisation n'empêchait pas la douleur de se produire, mais la rendait seulement plus profonde. Ce fait s'explique aisément, si l'on songe que l'action de l'alcaloïde est très superficielle, et qu'il n'anesthésie que les parties les moins profondes de la couche sous-épidermique, alors que celles qui sont situées au-dessous conservent toute leur sensibilité.

J'ai tenté, chez un phthisique, d'anesthésier la région sous-claviculaire, afin de pratiquer sans douleur des pointes de feu au thermo-cautère. Je n'ai pu y parvenir d'une façon satisfaisante, même avec une solution de cocaïne à 10 pour 100. Le malade souffrait vivement pendant quelques heures, et des sueurs du visage ainsi qu'un tremblement généralisé suivaient presque immédiatement la cautérisation. A la troisième séance, j'ai négligé d'essayer encore l'anesthésie préalable; mais, aussitôt l'application des pointes de feu terminée, j'ai pulvérisé sur la région, à l'aide d'un appareil Richardson, une très faible quantité d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100, et j'ai laissé sécher à l'air. L'effet analgésique s'est produit en moins de trois minutes, « comme si on avait enlevé la douleur avec la main », disait le malade.

---

ront, mieux que l'écriture, servir un jour à l'édification d'une science rivale de celles de Lavater et de Desbarolle.

Dis-moi qui tu hantes, je te dirai qui tu es. — De même, montrez-moi votre carte, je vous en dirai autant.

*
* *

Essayons donc de nous divertir, sans toutefois sortir de la confrérie. Mais d'avance, pour éviter les récriminations d'un collègue trop susceptible qui viendrait à reconnaître son *factum*, demandons pardon à la collectivité des petites médisances bien inoffensives dont nous allons nous rendre coupable.

Ce sont surtout nos utiles auxiliaires, messieurs les dentistes, qui semblent tenir la corde.

Voilà une cinquantaine de cartes étalées sur ce tapis, qu'y remarquez-vous ? Tout d'abord votre œil étonné s'arrête sur quelques spécimens à allure criarde.

— Est-ce vraiment une carte de visite, ce morceau de carton épais avec ce large liteau rouge ? — Oui, certes ; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ce ne soit pas celle d'un marchand de papiers peints. — Après tout elle attire l'œil, puisque c'est la première que vous signalez ; donc le but désiré par l'expéditeur est rempli.

Cette vaste bordure dorée est plus séduisante, plus magnifique. C'est un véritable cadre. On ne peut s'empêcher de regretter que l'auteur ait oublié d'y mettre son portrait. Nous y comptons pour l'année prochaine.

Dans un cas de brûlure du second degré, j'ai également fait cesser une douleur intense presque instantanément, de la façon suivante : j'ai percé la phlyctène d'un coup de lancette, au point le plus déclive, et, une fois la sérosité écoulée, j'ai injecté entre l'épiderme et le derme, du côté opposé de la phlyctène, à l'aide d'une seringue de Pravaz, une petite quantité d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100. Mais je n'ai pas revu le malade, et ne puis dire si la douleur a reparu, ou si la brûlure a suppuré.

Ce n'est pas seulement dans les cas de brûlures, à divers degrés, que la cocaïne peut rendre des services comme analgésique. Je l'ai employée avec succès, il y a quelques jours, *après une pulvérisation de chlorure de méthyle dans un cas de névralgie sciatique*. On sait que cette opération est suivie d'une douleur locale assez vive, comparable à une brûlure, et qui persiste d'ordinaire environ vingt-quatre heures. Cette douleur apparaît peu de temps après que la congélation de la peau a cessé, augmente d'abord graduellement d'intensité, et atteint son maximum au bout d'une heure environ. Elle persiste avec la même intensité pendant quelques heures, et décroît ensuite, pour disparaître complètement au bout d'un jour au plus, lorsque l'application du chlorure n'a pas été assez prolongée pour produire de vésication. Elle varie du reste d'intensité et de durée suivant que la peau est plus ou moins fine, et le sujet plus ou moins impressionnable. Dans le cas en question, il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans, rhumatisant, très nerveux, atteint depuis vingt-quatre heures d'une névralgie sciatique du côté gauche. La région supérieure seule était prise ; on ne trouvait pas de points douloureux au-dessous du creux poplité, mais le point fessier était extrêmement douloureux à la pression, et le malade pouvait à peine marcher. Une pulvérisation de chlorure de méthyle amena instantanément la disparition de la douleur profonde. Le malade avait la peau très fine ; et, bien que j'aie pris toutes les précautions recommandées, à savoir de ne pas placer la canule du syphon trop près de la peau, et de ne pas agir sur le même point plus de temps qu'il n'en faut pour amener la congélation, je

---

Mais ne vois-je pas une carte dorée sur tranche ? Comment ! c'est vous qui ignorez si complètement les effets de la dorure sur tranche, et la manière dont on regarde une carte ! On n'examine pourtant pas une carte comme un melon, sur la tranche ; la dorure sur tranche ne produit son effet réel que sur la masse de feuillets d'un livre ou sur la masse des cartes, et non sur un feuillet, sur une carte. Réfléchissons, de grâce.

Ici Messieurs, voyez, touchez et admirez : le plus pur Japon. Ah ! confrère, si c'est afin de bien indiquer que vous êtes le grand restaurateur des perles buccales des femmes d'Orient, de Chine, que vous vous couchez voluptueusement dans cette pâte exotique, c'est bien imaginé. Si c'est pour montrer que vous savez n'être médiocre en rien ; c'est encore mieux, car plus que personne, cher dentiste, vous êtes capable de discerner l'or pur du plomb vil, le beau du laid.

Beaucoup moins habiles et moins discrets sont ceux qui font tirer en lettres d'or, en lettres variées ; cela sent par trop l'enseigne.

Autre genre, la carte prospectus. Vous y voyez tous les détails concernant la spécialité dans la spécialité. (« Opérations sans douleurs pour l'opérateur », « greffe prothétique », « mieux vaut une dent qu'un diamant »), l'adresse avec les heures de consultation soit à domicile, soit en ville, soit par rendez-vous, le prix des consultations, des opérations aux différentes heures de la journée, en un mot toutes les indications de service.

Une autre variété du même genre, c'est la carte permanente. Là, défilent tous les noms, prénoms, titres connus et inconnus : le dentiste d'un hôpital qui n'existe pas ou

©BIU Santé

prolongeai trop l'opération, car le lendemain soir une large phlyctène devait apparaître à la partie moyenne de la fesse. Je me trouvais donc dans les conditions où la douleur consécutive doit être la plus vive et la plus persistante. En effet, moins d'une heure après l'opération, le malade, très impressionnable, souffrait cruellement d'une brûlure intense sur toutes les parties touchées, et me faisait redemander pour obtenir du soulagement. Je conseillai de faire, avec une petite éponge, une application d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100, et de laisser sécher à l'air. Quelques minutes après, la douleur, d'abord un peu accrue par le contact de l'éponge mouillée, cessa entièrement; à tel point que le malade, guéri d'autre part de sa sciatique, se sentit assez soulagé pour se rendre au théâtre après son dîner, et y passa trois heures sans éprouver aucune sensation douloureuse. Quand il rentra chez lui, la sensation de brûlure reparut, atténuée. Une nouvelle application de cocaïne la fit encore disparaître, moins complètement il est vrai que la première fois, mais assez pour lui permettre de dormir toute la nuit.

Cette observation, quoique unique jusqu'ici, à ma connaissance, m'a paru intéressante à rapporter, et je pense qu'il conviendrait de renouveler ces essais. Si des faits analogues sont signalés, une pulvérisation ou un badigeonnage d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100, fait une demi-heure ou une heure après la pulvérisation de chlorure de méthyle, et qu'on laissera sècher à l'air, pour éviter que le topique ne soit enlevé par les frottements du linge, constituera une addition utile au traitement si avantageux de la sciatique par la méthode de M. Debove.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur le venin des serpents du Brésil, par M. de Lacerda, 1885. — Octave Doin, Paris.

Ce livre n'est pas consacré à l'édification d'une hypothèse ou au développement d'une théorie plus ou moins hasardée. M. de Lacerda a beaucoup observé dans son labora-

n'existe qu'à l'état virtuel, l'hôpital dentaire; le professeur à l'Ecole prothétique, aux Gogos, près Fumisterie (Gascogne), ou encore le professeur tout court..... de billard ou de couture sans doute; le dentiste, le chirurgien dentiste, diplômé de..... le médecin dentiste, le docteur dentiste, le docteur en chirurgie dentaire, en toutes lettres ou en abréviations. DEDP; DEDF; LDS; MD; DDS; MDM; MnD; de grâce, un dictionnaire pour nous expliquer si DEDP veut dire : dents et dentiers perfectionnés ou autre chose, et quoi ? si Mn Dentiste veut dire médecin ou mécanicien dentiste (ce problème est à résoudre par le client, qui paie pour cela).

Pas mal, le titre Docteur dentiste ! Il suffit à faire passer M. X... pour docteur, aux yeux du public, et ne suffit pas à le faire condamner par la loi de 1881, sur l'enseignement supérieur, puisqu'elle n'a pas prévu ce doctorat.

Et celui-ci qui met : Docteur dentiste de Paris ! C'est sans doute pour se distinguer de ceux qui s'intitulent : Dentiste anglais; dentiste américain, from Philadelphia. M. B... réunit toutes les nationalités sur sa carte ainsi conçue : XX..., dentiste anglais, — Dr en chirurgie dentaire de Philadelphie, — diplômé de l'École de Paris.

Plus heureux que la chauve-souris du fabuliste, qui n'avait que le choix entre deux, celui-ci peut choisir entre trois : « Voulez-vous un dentiste américain? je le suis; anglais? goddam! français? voyez mon diplôme! Et je guéris toujours sans douleur! »

A côté de ceux qui crient bien haut et clament de toute façon qu'ils sont dentistes, et dentistes parfaits, en tous genres, il y en a d'autres, les gros bonnets, l'état-major de la place, qui se gardent bien de prendre ce qualificatif éburné. C'est qu'ils se croient

toire. Il cite des faits qui resteront, quelles qu'en soient les déductions ultérieures. Voilà, certainement une qualité que ne possèdent pas tous les livres contemporains. Si, après cela, sa confiance dans le permanganate de potasse et ses vertus contre les morsures venimeuses nous paraît quelque peu exagérée, nous ne pouvons lui savoir mauvais gré d'une faiblesse d'auteur, qui nous paraît bien excusable.

Dans les quinze leçons de ce livre, il est des pages qui font connaître sous un nouveau jour les propriétés du venin de serpent. Des premières, je ne parle pas ; leur intérêt semble médiocre pour le praticien ; car elles ont pour objet la description des ophidiens venimeux du Brésil. Elles obtiendront l'attention des naturalistes. Par contre M. de Lacerda s'est adressé aux physiologistes et aux médecins en montrant combien est faible l'absorption du venin de serpent, les lésions anatomiques et le mécanisme de la mort qu'il provoque, enfin l'analogie de ses propriétés avec celles du suc pancréatique ; analogie qui vient à l'appui de l'opinion d'après laquelle le venin jouerait un rôle dans la digestion des ophidiens, et aussi à l'appui des expériences bien connues relatives à la toxicité des injections de suc pancréatique, dans les veines des mammifères.

A cause de ces propriétés et d'autres encore, notre confrère du Brésil place le venin parmi les zymases et en dehors de la classe des virus ; car il agit en raison directe de sa quantité et en épuisant son action sur l'animal inoculé. De telles vertus n'appartiennent pas aux substances virulentes.

Par la beauté du texte et des planches, cet ouvrage fait honneur à la typographie brésilienne. Cette qualité mérite d'être mentionnée quand elle s'ajoute à d'autres qualités plus solides. Enfin, j'ajouterai que l'auteur est de ceux qui ont la sincérité de leurs opinions et acceptent les controverses ; car il mentionne les conclusions et les travaux de ses contradicteurs, ce qui imprime à son ouvrage un cachet de libéralisme du meilleur aloi. — Ch. Eloy.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

La transfusion du sang pratiquée au moyen d'inhalations par les voies broncho-pulmonaires. (Lettre de S. Fubini au professeur Mariano Semmola. In : n° 10, octobre 1885, *La medicina contemporanea.*) — Sur les malades anémiques chez lesquels les préparations ferrugineuses étaient mal tolérées, l'auteur se sert avec un réel profit

connus du monde entier, ou qu'ils n'acceptent pas cette dénomination. Vexés, si on vient les appeler dentistes, ils enlacent de tendresse le client (ou la cliente) qui leur dit : docteur! surtout s'ils ne sont docteurs que par la Faculté de Philadelphie ou par leur propre volonté.

En général, le vrai docteur est plus simple, à moins qu'il ne se lance dans les conceptions les plus *high-life*.

Voyez ces trois Messieurs; c'est d'un endroit coté, d'une villa d'hiver, qu'ils envoient leur carton décembral. Ils ne donnent pas leur adresse professionnelle; ils font de l'art dentaire, comme l'auteur des *Guêpes* fait de l'horticulture.

N'oublions pas de signaler à l'attention du public M. X..., qui est dentiste à ce qu'il paraît, à ce qu'on dit, et qui, par modestie, n'ose prendre que le titre de, sous-lieutenant au Xme régiment. Après tout, ce brave X... arrache peut-être les dents avec son sabre.

Devinette : Un confrère rusé, fin, M. H..., se révèle d'un mot. Il fait suivre son nom, son simple nom, d'un mot cabalistique, *odontotechnie*, et c'est tout. Cherchez ce qu'il fait. Après cette énigme, née d'une extraction de racines..... grecques, car, entre nous, ce doit être du grec, nous pouvons faire une citation française :

Enfin, Malherbe vint, qui, le premier en France,
D'un mot mis à sa place enseigna le pouvoir.

C'est pour n'avoir pas assez médité son art poétique que notre confrère X... se dit

©BIU Santé

de pulvérisations faites avec un mélange de 80 parties d'une solution de chlorure de sodium à 0,75 p. 100 et 20 parties de sang de bœuf défibriné.

Un pulvérisateur ordinaire suffit pour procéder à cette petite opération, que l'on peut sans aucun danger répéter cinq ou six fois par jour, en prolongeant l'inhalation environ un quart d'heure avec quelques minutes de repos par intervalle. Chaque séance emploie environ 20 centimètres cubes de sang défibriné.

Les malades éprouvent, après avoir fait plusieurs inspirations profondes, un léger vertige qui disparaît par la position horizontale ou en buvant un peu de bon vin. L'absorption par les voies respiratoires se fait très rapidement, comme tous les physiologistes le démontrent pour les substances médicamenteuses ou toxiques.

Ce qui frappe dans la note de M. le professeur Fubini, c'est la parfaite tolérance des inhalations et aussi la certitude de l'absorption de l'hémoglobine par les voies respiratoires; il y a donc là un champ nouveau à explorer; c'est à la clinique maintenant à poursuivre l'expérience et à tirer des conclusions.

Sur l'anurie hystéryque, avec sécrétion d'urine par l'estomac. Recherches expérimentales faites sur les hystériques anuriques, par rapport à l'urémie, par le docteur Eugène Rossoni, aide de clinique de M. le professeur Baccelli (de Rome). — Étude bien faite de deux hystériques ayant présenté, à la suite de la première grande attaque convulsive, d'abondantes hémorrhagies (hématémèse et épistaxis), de l'ischurie et, un peu plus tard, une anurie complète pendant plusieurs années. Des vomissements plus ou moins abondants accompagnaient la suppression de la sécrétion urinaire, mais d'une façon inconstante, car ils ont cessé une fois pendant cinquante jours.

Pendant la suppression des vomissements et la permanence de l'anurie, les symptômes éprouvés n'eurent jamais un caractère de gravité excessive. On fit usage de pilocarpine; on injecta par la voie hypodermique, sans de grands troubles, jusqu'à 14 grammes d'urée à la fois. Les vomissements, analysés avec soin, ainsi que la salive, ont montré tous les caractères physiques et chimiques essentiels de l'urine normale.

Ces deux cas singuliers doivent être attribués à un trouble profond dans l'échange de la matière organique ou encore dans le mouvement nutritif général, assimilation et désassimilation, sans qu'il y ait eu pour cela arrêt de ces processus. Pour expliquer ce fait extraordinaire de la sécrétion d'urine par l'estomac, l'auteur n'ose émettre que des hypothèses, névrasthénie des centres nerveux qui influencent l'activité sécrétoire des reins, etc. (*Rivista clinica*, novembre 1885, fascicule 11e.)

---

successivement : Chirurgien-dentiste, professeur à l'École..... et, en dernier lieu, diplômé de cette même École. Est-ce la vérité? C'est possible. Nous aimons mieux croire, toutefois, qu'il y a une simple interversion dans les titres de cette importance. M. X... ne serait pas devenu élève après avoir été professeur; à moins que, très jeune encore, il n'ait été à la fois, et en même temps, professeur et élève, auquel cas il est vraiment trop modeste de rappeler cette dernière qualité.

Regardons un peu les prénoms et les initiales :

Les uns mettent leur orgueil dans l'étalage d'un prénom qui, associé à leur nom, leur donne grand air. Personne ne remarquerait M. Périer tout court, par exemple; mais tout le monde a ouï parler de Casimir Périer; voilà l'attention en éveil. Certes, on ne confondra pas le petit dentiste avec le brillant ministre de la Restauration, ni avec le sous-secrétaire d'État de la République; mais on aura remarqué la similitude de nom, la singulière coïncidence. Qui sait? Ils sont peut-être parents! En tous cas, d'aucuns sauront ainsi qu'il y a de par la grande ville un Casimir Périer, un Jean-Louis Petit, dentistes, et qu'ils ne demeurent pas au coin du quai. Quelle confiance avoir dans M. Jean Lemoine? Mais le nom de John Lemoine est bien connu des Parisiens; changeons donc Jean en John, et prenons un chic anglais qui nous empêche d'être Gros-Jean comme devant.

Pour les initiales, le jeu n'est pas moins savant. M. Jacob met devant son nom patronymique les deux initiales L.-D., séparées l'une de l'autre, et du nom lui-même par deux traits. Entre nous, cela veut peut-être dire Louis-Désiré, pour M. Jacob, dont le

La grossesse dans ses rapports avec les maladies organiques du cœur. (Thèse de concours du docteur Senna Felice, nos 97 et 98, *Gazzetta degli ospitali.*) — C'est l'histoire complète de toutes les affections cardiaques venant s'ajouter aux troubles physiologiques de la grossesse. L'auteur proscrit le mariage à toute femme atteinte de lésion cardiaque, à cause du danger auquel elle est exposée elle-même, ainsi que le produit de la conception. Étant donnée une grossesse dans ces conditions fâcheuses, il y a lieu de soumettre la femme à un régime médical très doux, au repos absolu, etc., et si les troubles circulatoires s'aggravent, ne pas hésiter à provoquer l'accouchement artificiel plus ou moins tôt, suivant l'état de résistance du sujet. Dans les cas, bien exceptionnels, où la grossesse n'exercerait pas une aggravation dans les symptômes de la maladie et arriverait à son terme, le docteur Felice proscrit l'allaitement maternel et recommande la plus grande circonspection dans le retour d'une nouvelle gestation.

Millot-Carpentier.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX DE LYON PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1885.

De toutes les lectures du trimestre, la plus considérable avait pour titre : *Syphilis, ataxie, cardiopathie,* et pour auteur M. Bouveret.

La fréquence relative des affections du cœur chez les ataxiques ne fait plus de doute depuis les travaux dont les remarques de MM. Charcot et Vulpian ont été le point de départ. M. Bouveret en donne l'historique, analyse les mémoires des auteurs et discute les observations déjà publiées avant d'exposer le cas dont il a été le témoin, et dont l'intérêt est grand pour résoudre cette question de pathologie.

Ajoutée aux autres, l'observation de M. Bouveret, donne un total de 57 faits classiques d'ataxie compliquée de cardiopathie. Dans cette statistique, on voit que la proportion des lésions aortiques s'élève à 71 pour 100. A défaut de preuves directes, notre confrère lyonnais trouve le motif de ces relations dans leur coïncidence même. Par contre, il rejette l'opinion de M. Grasset qui regarde les lésions cardio-aortiques comme d'origine réflexe, faisant intervenir l'ataxie comme une maladie douloureuse à la manière des viscéralgies. Il n'admet pas non plus la théorie de l'artério-sclérose, ni celle

---

premier prénom est cependant André. Mais, pour tout le monde, cela doit vouloir dire : le docteur Jacob. C'est une énigme pour amuser les clients et les confrères, quand les derniers attendent les premiers, ce qui est absolument mon cas.

***

Mais, hélas! trois fois hélas! les dentistes ne sont pas les seuls à nous égayer; nos confrères les médecins ont aussi leurs petites faiblesses. L'un se dit membre du Conseil général, et rejette à la seconde ligne : de l'Association des médecins de France. — Vous froncez le sourcil en lisant la première ligne : « Encore un qui fait de la politique! » dites-vous, — et vous souriez après avoir lu la seconde. Celui-là, — ceux-là, car ils sont trois ou quatre, — portent le nom de médecins des hôpitaux ou de professeurs de l'Ecole, mettent leur nom en grandes lettres, pour qu'on n'en ignore, et adoptent la spécialité qui, en clientèle, a fait le renom de leur illustre homonyme. Ceux-là coupent leur nom en deux, ce qui leur permet de faire croire à une noblesse qu'ils ne méritent guère, et de doubler le prix de leurs honoraires, qu'ils ne méritent pas davantage.

Et les titres fallacieux! Qu'est-ce que : médecin honoraire de l'Assistance publique? Qu'est-ce que : chirurgien des bâtiments civils? Et ce confrère qui s'intitule : *ancien* interne des hôpitaux et hospices civils; *ancien* interne de la Maternité et du Midi; *ancien* prosecteur? tout cela en trois lignes; — ou médecin des hôpitaux en grosses lettres, et en plus petites (armée territoriale); — ou ancien interne des hôpitaux... de Laon, avec

d'un trouble trophique; mais croit trouver dans la syphilis le lien pathogénique de l'ataxie avec ces cardiopathies.

La syphilis produit à la fois le tabes et l'aortite; le traitement ioduré améliore ces lésions cardio-vasculaires et nerveuses; et M. Bouveret voit dans ce fait un témoignage favorable à l'existence d'une aortite syphilitique.

En résumé, M. Bouveret termine son intéressant mémoire, en groupant tous les faits connus dans trois catégories, comprenant : la première, les ataxies avec cardiopathies du rhumatisme et de l'artério-sclérose; la seconde, les troubles cardiaques fonctionnels réflexes par excitation des nerfs sensitifs ou des régions sensitives de la moelle épinière; la troisième, les ataxies avec cardiopathies d'origine syphilitique.

Dans la même séance, M. Laure présentait un *kyste du rein*, et en commentait l'observation. Ce kyste avait le volume de la tête d'un fœtus à terme, des parois calcaires et un contenu gélatineux. Son diagnostic avait été difficile pendant la vie de la malade, qui succomba avec des accidents de diarrhée urémique. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er février 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Melsens, qui a été un des élèves les plus assidus de J.-B. Dumas, et l'un de ses plus fervents admirateurs, a gardé toutes les notes qu'il a prises aux cours du maître, depuis les cours que celui-ci professait à l'Ecole de médecine. Ces notes, à raison de l'intimité qui régnait entre l'illustre professeur et son élève, ont un caractère d'authenticité qui les rend précieuses entre toutes; d'autant plus précieuses que les leçons à l'Ecole de médecine n'ont pas été publiées et qu'il n'en reste, pour ainsi dire, rien. M. Melsens fait don de ces notes à l'Académie, qui les accueillle avec reconnaissance.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'un rapport de M. Opert, membre de l'Académie des inscriptions, sur un mémoire de M. Romieu, relatif à l'année égyptienne, qui se composait de trente-six décades présidées chacune par une étoile particulière. M. Romieu avait demandé l'avis de l'Académie des sciences sur son travail. En raison de la solidarité qui unit les classes de l'Institut, le mémoire a été renvoyé à l'Aca-

---

les mêmes précautions; — ou encore : ex-médecin des hôpitaux militaires, de manière à ne laisser voir que la qualité, surtout quand il n'a été qu'attaché aux hôpitaux pendant la guerre de 1870.

Et tous ces docteurs des Facultés d'Iéna ou de Chicago, tous ces internes en pharmacie qui se donnent pour des docteurs de Paris, et sont inscrits en cette qualité dans nos annuaires, ou pour des internes des hôpitaux de Paris. J'avoue que cela est plus grave, et je les dénonce sans vergogne à la Société de déontologie, qui, je l'espère, va bientôt fonctionner. N'y aurait-il pas moyen de faire rentrer tous ces hâbleurs dans leur médiocrité, et de dresser une liste officielle, véridique, des docteurs des Facultés françaises, soigneusement expurgée de tout diplômé douteux, tout comme le corps de l'internat possède son livre d'or, où ne figurent que les vrais internes nommés au concours? La Société de déontologie inaugurerait dignement son existence en rendant ce service à notre corporation.

* * *

Mais, pardon, voici un client, cher lecteur, et je vous laisse en tête-à-tête avec les autres cartons; vous y trouverez encore bien d'autres amusements et vous me ferez part de vos observations cette année..... ou l'année prochaine.

Simplissime.

démie des inscriptions qui a prié le savant M. Opert de faire un rapport à ce sujet. Le mémoire, lu par M. le Secrétaire, sera inséré tout entier dans les comptes rendus. Des remerciements seront adressés à M. Opert, et des félicitations seront adressées à M. Romieu.

Mme Trèves, veuve du commandant mort si malheureusement il y a quelques mois, envoie la copie d'un passage du testament de son mari, par lequel celui-ci recommande qu'on fasse ouvrir, après sa mort, les plis cachetés qu'il a déposés à l'Académie, au mois d'avril 1880. Ces plis, qui contiennent les deux grandes découvertes du commandant Trèves, consistant en la démonstration de la matérialité de l'éther et de sa pondérabilité, devront être remis à son ami, M. l'amiral Bourgoin.

M. Paul Bert, président de la commission constituée pour élever une statue à Claude Bernard, écrit que l'inauguration du monument, dû à M. Eug. Guillaume, membre de l'Institut et professeur au Collège de France, aura lieu dimanche prochain, à dix heures du matin, au Collège de France.

M. Fouqué rend compte d'expériences sur la vitesse de propagation des vibrations du sol à la suite de chocs violents.

M. Larrey présente, au nom de M. Gustave Trouvé, une réclamation de priorité à propos de l'appareil électrique destiné à déceler la présence de corps métalliques, de projectiles, dans l'intérieur des tissus, et de l'appareil électrique permettant d'éclairer certaines cavités de l'orgnanisme.

L'honorable académicien présente encore, de la part de M. le docteur Antonin Bossu, la onzième édition d'un ouvrage en trois volumes, intitulé : *Anthropologie*. Ce titre, qui a précédé, de quinze ans, la fondation de la Société d'anthropologie, n'indique pas du tout le même but que visait le professeur Broca. L'auteur se proposait tout simplement de donner aux personnes étrangères aux études médicales, une idée aussi juste et aussi complète que possible de l'homme, soit à l'état physiologique, soit à l'état de maladie.

M. Larrey présente encore une brochure de M. le docteur Longuet sur le recrutement dans la Haute-Savoie, dans laquelle l'auteur recommande d'examiner intégralement tous les conscrits, tant sous le rapport de l'appropriation au service militaire que sous le rapport des études anthropologiques; — et, enfin, le sixième volume du catalogue du Service de santé aux Etats-Unis.

— A quatre heures précises, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Analyse du discours de M. Peter.

(*Académie de médecine. — Séance du 2 février 1886.*)

La clinique et la chimie, dit M. Peter, sont d'accord pour enseigner que les substances telles que les ptomaïnes, leucomaïnes, matières extractives, sont toxiques et déterminent dans l'organisme vivant des accidents de nature différente, les unes produisant de l'hyperthermie, les autres de l'hypothermie, les autres, enfin, demeurant indifférentes au point de vue thermique.

Les belles recherches de M. Gautier auront pour conséquence de débarrasser enfin la pathologie des théories microbiennes et des microbes. Si c'est au contact de la cellule vivante et agissante que se produisent les poisons si bien étudiés par M. Gautier, les microbes n'ont plus rien à faire, leur rôle est fini.

Et qu'y a-t-il, d'ailleurs, d'étonnant à ce que ces composés chimiques se forment sous l'influence des actes de la vie, de la respiration, des secrétions, etc. ? L'urée, qui est un alcali, ne se produit-elle pas tous les jours et à toute heure dans l'organisme ? Pourquoi ce même organisme ne pourrait-il pas donner naissance à des alcaloïdes ? Et pourquoi répugnerait-il à la pensée d'admettre comme un phénomène d'ordre vital la production de ces substances, résultats d'une simple oxydation en plus ou en moins.

La vie, en somme, est-elle autre chose qu'un phénomène contingent et relatif ? Nous

ne vivons qu'à la condition de mourir sans cesse.... partiellement. Il y a dans l'être vivant une portion de cadavre qu'il porte toujours avec lui. Ces parties de cadavre, ce sont ces matières dont la chimie nous a révélé l'existence et que nous connaissons sous les noms de *créatine*, *créatinine*, etc., résultats de l'affinité chimique s'exerçant soit sur le système nerveux, soit sur le système musculaire et se résolvant, en dernière analyse, en manifestations de forces telles que la chaleur, le mouvement, l'intelligence. La vie n'est donc qu'une série de morts partielles, et tout être vivant porte sans cesse avec lui des parties de cadavre qu'il doit éliminer sans cesse, sous peine de maladie ou de mort totale.

Si cette élimination est empêchée pour une raison ou pour une autre, il se produit dans cet être ce que M. Gautier a désigné sous le nom « d'auto-infection », ce que M. Peter appelle, lui, auto-intoxication, ou *auto-typhisation*.

Cette auto-typhisation peut s'effectuer et s'effectue, par exemple, sous l'influence du surmenage. Un individu, un malheureux, est obligé de faire un long voyage, il va, à pied, tout le jour, mal vêtu, mal nourri ; la nuit, pour coucher, il n'a d'autre gîte que le bord du chemin ou les fossés ; au bout de deux ou trois jours il est surmené de fatigue ; on le recueille dans un hôpital ; il a de la fièvre, de la prostration, la langue sale ; il accuse de la rachialgie ; un médecin, même très expérimenté, peut hésiter et hésite dans son diagnostic entre une fièvre typhoïde et une variole commençante. Or, ce n'est rien de tout cela, il s'agit d'une simple fièvre de surmenage, et, en effet, après un ou deux jours de repos à l'hôpital, ce malade se trouve guéri de sa fièvre. Sous l'influence de la désagrégation musculaire produite par la fatigue, il s'était produit dans le sang une accumulation de déchets organiques que les émonctoires n'avaient pu éliminer d'une façon suffisante ; de là la fièvre résultant d'un véritable empoisonnement à l'aide des alcaloïdes et des matières extractives produites en quantité exagérée.

Telle est l'étiologie du typhus des armées en marche, du typhus des camps, des navires, des casernes, quand au surmenage se joint encore l'influence de l'encombrement ; telle est aussi l'étiologie du typhus des bêtes à cornes. Cette typhisation n'a pas d'autre cause que l'accumulation dans l'organisme de matières extractives, d'alcaloïdes produits en trop grande abondance pour que les émonctoires, sains d'ailleurs, puissent suffire à leur prompte élimination.

On voit le rôle considérable que joue le surmenage dans la fièvre typhoïde, « le typhus ; c'est ce que M. Peter appelle « la typhisation de soi par soi », et il ajoute qu'il n'y a aucune répugnance à admettre en même temps la typhisation des autres, ce qui concilie les doctrines de la spontanéité avec celles de la contagiosité de la maladie.

Si maintenant on suppose une altération des émonctoires qui empêche l'élimination, on observe le même genre de phénomènes. Que le rein congestionné cesse de fonctionner, comme dans la grossesse et la scarlatine, il se produit des phénomènes d'*urémie aiguë* par rétention des matières extractives dans le sang; c'est la typhisation par rétention, et, en effet, dans des recherches très intéressantes, M. le docteur Quinquaud a montré, par l'analyse, la surabondance des matières extractives dans le sang.

Ainsi, en analysant les excreta, on se rend compte de faits contradictoires en apparence : il y a des formes d'urémie qui s'accompagnent de phénomènes d'hyperthermie; ce sont celles dans lesquelles il y a rétention des matières extractives; dans d'autres formes, ce sont les ptomaïnes qui sont retenues, et alors il y a hypothermie; dans d'autres, enfin, la température ne se modifie pas, c'est que les ptomaïnes et les matières extractives ont été retenues à la fois dans le sang. Il en est de même dans l'ictère grave, qui résulte de la diminution ou de la suppression des fonctions hépatiques.

M. Revillod (de Genève) a décrit, sous le nom d'*extractihémie*, une fièvre de surmenage se présentant avec les caractères tantôt de la fièvre typhoïde, tantôt de l'endocardite, tantôt de l'urémie; dans le cours de cette fièvre, il a vu se manifester tout à coup une véritable débâcle d'urée, et l'analyse a montré alors l'existence, dans l'urine d'une journée, de la quantité énorme de 60, 80 et 100 grammes d'urée.

D'autre part, les médecins allemands ont décrit, sous le nom de *bottulisme*, une intoxication par ingestion de charcuterie putréfiée; les symptômes sont ceux d'un véri-

table empoisonnement par les alcaloïdes du cadavre, ou ptomaïnes, produits de la décomposition des matières animales.

Des faits de ce genre ont également été observés en France, et c'est grâce à la sagacité de MM. Brouardel et Boutmy que, dans un cas d'empoisonnement par l'ingestion d'une oie farcie en décomposition, une accusation criminelle a été écartée.

C'est ainsi que le choléra, au début, présente tous les symptômes d'un empoisonnement. Le bacille de Koch ne suffisant pas à l'expliquer, il a fallu recourir à l'influence d'une ptomaïne engendrée par ce bacille. Il y a longtemps que les cliniciens, et M. Peter en particulier, ont décrit ces phénomènes d'auto-infection. M. Gautier a envisagé la question non seulement en chimiste, mais en véritable physiologiste et en médecin. Il a montré que des alcaloïdes se forment d'une façon permanente chez les animaux vivants par le fait même de la vie; la cellule vivante intervient personnellement dans cette production par des actes de désassimilation, sans fermentation, à l'abri du contact de l'air. M. Gautier indique par quel mécanisme nous résistons à l'auto-infection qui devrait en résulter; nous résistons par deux mécanismes : l'élimination du poison et sa destruction par la combustion à l'aide de l'oxygène du sang.

L'empoisonnement par les leucomaïnes, par un liquide altéré, ajoute M. Peter, n'est-ce pas, à certains égards, un retour à l'antique humorisme? Ne voit-on pas, par l'observation attentive des faits, la spontanéité vitale produisant, sans intervention extérieure, la santé ou la maladie?

Un dernier mot en terminant, dit l'orateur :

« Deux missions scientifiques, au nom des doctrines *parasitaires*, ont été, en Égypte, chercher le microbe générateur du choléra. Un micrographe allemand, M. Koch, avait cru le trouver, mais, acculé par les faits, il en est venu à admettre que le bacille-virgule n'engendre pas le choléra, mais qu'il agit par l'intermédiaire d'une ptomaïne, produit de sa sécrétion. C'est une hypothèse, qui oblige à supposer au microbe des organes sécrétoires qu'on n'a pas encore démontrés.

« M. Gautier, chimiste français, ne suppose pas; il démontre la formation spontanée, dans l'organisme, d'alcaloïdes par l'action vitale des cellules; il démontre leur toxicité; il explique quels sont les moyens de destruction qui les rendent impuissants; il isole ces produits.

« L'esprit médical pourrait-il hésiter désormais entre les doctrines parasitaires, pleines de ténébreuses hypothèses, et cette doctrine nouvelle, lumineuse autant que précise, qui explique les phénomènes de la vie normale ou anormale par la vie même en action? » — A. T.

FORMULAIRE

Potion contre le collapsus. — Boinet.

Hydrolat de laurier-cerise.....	àà 2 grammes.
Alcoolat d'aconit.....	
Extrait thébaïque.....	0 gr. 05 cent.
Hydrolat de tilleul.....	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —

F. s. a. Une potion, à donner par cuillerées à bouche, pour remédier au collapsus ou shock, qui peut survenir dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'ovariotomie, et qui en constitue l'un des accidents les plus redoutables. On prescrit en outre, des boissons chaudes et alcooliques, du vin d'Espagne, du cognac, du champagne, du bouillon chaud.

COURRIER

Association générale des étudiants. — Cette Association est en voie de progrès. Elle ne comprend pas moins de dix-neuf Facultés ou Ecoles. Elle a reçu des encouragements

du ministre de l'Instruction publique qui s'est inscrit personnellement comme membre perpétuel de l'Association et a mis à la disposition de celle-ci, pour les réunions générales, des salles appartenant aux bâtiments de l'Etat. De son côté, le Conseil municipal de Paris lui a voté une subvention de 2,000 fr. Cette Association, bien dirigée, peut rendre de grands services à la jeunesse des Ecoles et l'on ne peut que faire des vœux pour son extension et sa prospérité. (*Gazette médicale.*)

— Dans la grande enquête ouverte sur la question des divers baccalauréats, les Facultés de médecine ont adopté le vœu que la possession du baccalauréat ès lettres fût la condition préalable de l'inscription pour tout autre baccalauréat.

Ce qu'elles mettent de plus en lumière, c'est la nécessité de supprimer le baccalauréat restreint créé pour elles, mais qui ne leur offre pas de gages suffisants. Les Facultés de médecine demandent, à l'unanimité, qu'il soit institué un baccalauréat ès sciences physiques et naturelles dont le programme, préparé sous leur direction, leur soit une véritable garantie.

— L'inauguration de la statue de Claude Bernard aura lieu au collège de France le dimanche 7 février, à dix heures précises.

Les souscripteurs sont invités à assister à cette cérémonie.

Les cartes d'admission dans l'enceinte réservée seront distribuées rue de l'École-de-Médecine, n° 15, à partir du 1er février.

Prix. — Le deuxième lundi de janvier 1887, la Société médico-pratique de Paris décernera un prix de 600 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de médecine, chirurgie ou obstétrique. Pour être admis au concours, les mémoires devront être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et une épigraphe reproduite en tête du manuscrit, et adressés franco au secrétaire général, docteur Cyr, 21, rue Cambacérès, avant le 1er novembre 1886.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 7 fevrier à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Cours d'accouchement. — MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchement le lundi 15 février 1886, 5, rue du Pont-de-Lodi, à quatre heures et demie, et le continueront tous les jours à la même heure.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit a M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi, vendredi a une heure et demie.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 8 février 1886 à quatre heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Rapport de la Commission d'élection sur les titres des candidats à dix places de membres correspondants. — 2. Suite et fin de la communication de M. Brouardel sur l'empoisonnement par la colchicine. — 3. Analyse par M. Bouchereau, d'une brochure de M. Closmadeuc, sur le procès des sorciers de Lorient. — 4. Rapport de M. Brouardel, sur un cas de responsabilité médicale. — 5. Rapport de M. Descoust, sur un cas d'asphyxie par strangulation. — 6. Rapport verbal par M. Masbrenier, sur l'affaire des frères Pelzer de Bruxelles.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce cours le mardi 9 février, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Ce cours sera fait en douze leçons.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Verneuil : De l'inoculation de l'érysipèle comme moyen curatif. — II. Bibliothèque : Dictionnaire de botanique. — Etude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle. — III. Revue des Journaux : Traitement du céphalocèle et du spina bifida. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Variétés : Une épidémie de goître exophthalmique. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur Verneuil.

De l'inoculation de l'érysipèle comme moyen curatif.

Leçon recueillie par M. le docteur L.-H. Petit.

J'ai admis de tout temps la légitimité, l'utilité même de l'expérimentation en thérapeutique chirurgicale, à la seule condition qu'elle soit soumise à certaines règles, d'ailleurs simples et d'une observance facile.

Il faut par exemple que le moyen nouveau qu'on veut essayer soit moins grave que le mal qu'on veut combattre — qu'il découle d'un *a priori* théorique rationnel et s'appuie sur les données d'une observation clinique rigoureuse; — qu'il compte enfin à son actif quelques probabilités de succès.

Si le moyen en question ne réunit pas cet ensemble minimum de conditions favorables, il vaut mieux s'abstenir, car l'essai en pareil cas deviendrait aveugle et quasi criminel.

Ces réflexions s'appliquent à une pratique récemment préconisée en Allemagne, et que j'ai cru déjà devoir stigmatiser avec sévérité devant l'Académie de médecine. Je veux parler de l'inoculation préméditée de l'érysipèle pour guérir le cancer et divers néoplasmes, entre autres le lymphadénome et l'adénie.

La donnée première est spécieuse. Les auteurs ont depuis longtemps signalé des cas où un érysipèle survenant par hasard, chez un sujet atteint de dermatose chronique ou de plaie rebelle, a procuré la guérison. D'où le nom d'*érysipèle salutaire* donné à cette variété.

J'ai moi-même, au temps où j'étais aide d'anatomie, vers 1849, observé un cas fort remarquable de ce genre.

Il y avait alors au quartier latin une fort belle fille, comme on peut en juger par le surnom de *la Fornarine* qui lui avait été décerné par ses adorateurs. Malheureusement elle avait pour Bacchus un culte aussi fervent que pour Vénus, et l'abus des liqueurs alcooliques détermina chez elle une acné rosacea du plus fâcheux aspect. J'étais lié avec son amant d'alors, qui me consulta; je fis diverses prescriptions qui n'eurent guère de succès, quand un beau jour survint un érysipèle dit spontané de la face, d'une grande intensité et qui mit les jours en danger. Mais, au bout de quelques semaines, lorsque la desquamation fut faite et que le rongeur eut disparu, le teint avait repris son ancien éclat, et la beauté était revenue dans son entier. Malheureusement, peut-être faute de traitement, ou par un retour aux mauvaises habitudes antérieures, la dermatose reparut au bout de trois ou quatre mois, et un an après elle était aussi prononcée qu'auparavant.

Depuis cette époque, c'est-à-dire en trente-six ans, je n'ai jamais vu l'érysipèle rendre service à ceux qui en étaient atteints. J'ai constaté à diverses reprises son pouvoir résolutif sur les néoplasmes, mais dans des condi-

©BIU Santé

tions telles que le résultat final n'était rien moins que désirable. Ainsi j'ai vu l'érysipèle survenir chez deux sujets atteints de lymphadénome.

L'un d'eux, grand et fort, d'une cinquantaine d'années, que je vois encore couché au n° 30 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Lariboisière, en 1868, avait le cou, les aisselles, les aines, distendues par d'énormes masses ganglionnaires. En même temps, gonflement de la rate et leucocythémie considérable. Un érysipèle de la face survint; les tumeurs fondirent à vue d'œil, à ce point que la mort étant arrivée au cinquième jour, nous pûmes à peine retrouver à l'autopsie les ganglions malades sous forme de petits foyers ramollis et purulents. A coup sûr cet érysipèle ne fut pas salutaire.

Le second sujet était un épicier de Belleville, jeune, de taille moyenne, mais de structure athlétique. Le cou était doublé de volume et la gêne de la respiration très prononcée. Les ganglions étaient moins développés dans les autres régions du corps. Malgré ma défense, on fit usage, sur les conseils d'un empirique, d'une pommade qui irrita et excoria le derme. Un érysipèle se développa, qui emporta le malheureux jeune homme en trois ou quatre jours. J'appris également qu'à la veille de sa mort les tumeurs avaient presque disparu.

Un fait comparable a été publié récemment par M. le docteur Ricochon, de Champdeniers; nous en dirons quelques mots plus loin.

J'ai observé une terminaison fort analogue chez un malade atteint d'ostéosarcome énorme de la mâchoire inférieure avec envahissement des ganglions cervicaux et du plancher de la bouche, ulcération des joues, etc. La masse néoplasique égalait avec ses dépendances le volume des deux poings. Un érysipèle s'étant développé fit en quelques jours disparaître à la fois la tumeur et le patient.

Tous les chirurgiens ont vu aux approches de la mort, surtout si le dénouement est accéléré par une maladie fébrile, cette rapide désassimilation des néoplasmes. L'érysipèle agit en pareil cas comme le ferait une pneumonie ou une septicémie aigue.

Mais tous les néoplasiques atteints d'érysipèle ne mourant pas, on peut se demander quelle influence la complication exerce sur la tumeur, et si le patient bénéficie au moins dans une certaine mesure du danger qu'il a couru par le fait de la maladie infectieuse.

Je viens de voir un cas qui peut servir de document utile.

A la fin du mois de mai dernier, je suis consulté par une dame de 50 ans, robuste, grasse, arthritique, pour un épithélioma de la région trochantérienne, ulcéré depuis trois mois dans l'étendue d'une pièce de deux francs.

Je propose l'ablation, qui est acceptée; le jour est fixé même, lorsque la malade est prise de malaise et de fièvre. Un érysipèle part des bords de l'ulcération, s'étend à la cuisse et à la paroi abdominale, avec tous les phénomènes réactionnels ordinaires. Naturellement, l'opération est ajournée.

Je revois la malade un mois environ après la disparition de l'exanthème. Le mal, loin d'avoir disparu, s'est notablement aggravé; l'ulcération est plus profonde et plus étendue d'un quart environ.

Je l'opère au thermo-cautère dans les derniers jours de juillet 1885. Pansement ouvert avec la solution de sublimé au 1000e. La cicatrisation est lente à se produire, en raison de l'étendue de la perte de substance et

du peu de mobilité de la peau dans cette région. La guérison s'effectua, toutefois, sans accident et sans la moindre menace d'érysipèle.

Mais, dira-t-on, les agents thérapeutiques ne sont pas toujours héroïques; tous peuvent échouer en certains cas et réussir en d'autres circonstances; l'insuccès d'un médicament n'impose pas sa proscription. Telle est la gravité des néoplasmes en général, et du cancer en particulier, si notoire est l'impuissance de la médication interne et des applications topiques, si incertains sont les résultats opératoires, que tout ce qui offre quelque chance de succès peut être légitimement mis à l'épreuve.

Malheureusement, la clinique a répondu depuis longtemps. Il faut, en vérité, avoir bien peu pratiqué la chirurgie pour n'avoir pas rencontré de femmes opérées de cancer du sein, qui, atteintes d'érysipèle pendant la cure, n'en ont pas moins présenté ultérieurement des récidives locales ou générales: ce qui atteste assez que la toxémie érysipélateuse n'a pas de prise sur la dyscrasie ou la diathèse néoplasique.

S'il en est ainsi, que penser de ces inoculations faites chez des malheureux opérés déjà deux ou trois fois, à moitié cachectiques, et dont les viscères recèlent déjà des dépôts secondaires? Ne peut-on pas se résoudre à les laisser mourir tranquilles?

Mais, cependant, peut-on espérer, en infectant les néoplasiques, sinon les guérir radicalement, au moins retarder la marche de leur mal, et ainsi prolonger ou adoucir leur vie?

Ici encore il faut répondre négativement.

Les étrangers, qui reprochent parfois aux Français leur défaut d'érudition, ne feraient peut-être pas mal de connaître un peu mieux ce qui se dit et s'écrit sur les bords de la Seine.

En 1882, M. le docteur Pamard (d'Avignon) communiquait à la Société de chirurgie l'intéressante observation suivante (1) :

Un malade atteint d'épithélioma de la langue siégeant à droite, un peu en arrière de la pointe, fut opéré largement avec le thermo-cautère en août 1880. La guérison fut complète, mais ne dura que trois mois; en février 1881, les ganglions sous-maxillaires du côté opposé s'engorgèrent et augmentèrent rapidement de volume, à tel point que l'opération, jugée possible à un certain moment, ne put bientôt plus être pratiquée. Au mois d'août, la tumeur s'ulcéra; la déglutition était alors très gênée et la salivation abondante.

Le 21 août, un érysipèle part de l'ulcération et se propage à toute la face, au cuir chevelu et à la partie supérieure du thorax, avec fièvre vive. Pendant dix jours, la vie fut en danger. Mais, sous l'influence de l'érysipèle, la tumeur, qui avait le volume du poing, disparut presque en totalité; la dysphagie et la salivation cessèrent en même temps.

Ce répit fut de courte durée; la tumeur réapparut, au bout de quelques jours, dans les points qu'elle occupait d'abord, et, de plus, des végétations se montrèrent sur la moitié gauche du plancher buccal. Des injections interstitielles de papaïne amenèrent une inflammation gangréneuse de la tumeur, la cachexie fit des progrès rapides, et le malade succomba le 9 novembre.

M. Pamard rappela, à ce propos, une observation d'A. Bérard, relative à un malade atteint d'un volumineux encéphaloïde sous-maxillaire; la

(1) *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1882, p. 301.

©BIU Santé

tumeur disparut compètement sous l'influence d'un érysipèle de la face; mais, au bout de quelque temps, elle se reproduisit, et le malade succomba.

M. Delens a observé un cas analogue à celui de M. Pamard. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un énorme encéphaloïde du sein. A la suite d'un érysipèle, la tumeur fondit en quinze jours, laissant une plaie bourgeonnante de 5 à 6 centimètres, qui semblait vouloir guérir. Mais la végétation se reproduisit, et la malade succomba.

M. Ollier (de Lyon) a vu aussi des tumeurs diminuer de volume après un érysipèle, puis augmenter ensuite rapidement. Il a observé ces particularités sur des tumeurs mammaires et ganglionnaires, et constaté aussi qu'elles pouvaient être influencées par d'autres maladies fébriles que l'érysipèle.

Chez un malade atteint de cancer mélanique de l'anus et du rectum, dont j'ai parlé dans la discussion à l'Académie (séance du 24 février 1885), deux érysipèles graves, survenus à deux mois d'intervalle, n'avaient nullement enrayé la marche du néoplasme.

M. Ricochon a vu, de son côté, des tumeurs ganglionnaires multiples disparaître chez une de ses patientes, mais reparaître ensuite avec la même rapidité.

Lymphadénome du cou et de l'aine; érysipèle de la face; disparition des masses ganglionnaires; récidive trois semaines après (1). — Une dame de 55 ans, d'une bonne santé jusqu'en janvier 1884, fut atteinte, à partir de cette époque, d'un développement progressif des ganglions cervicaux qui atteignirent un volume énorme; ils s'étendaient en arrière jusqu'au rachis, repoussant en avant les lobules des oreilles, et se rejoignaient sous la mâchoire par un chapelet volumineux; les amygdales et les glandules pharyngiennes participèrent à cette hypertrophie, et, dans l'aine, il existait une tumeur ganglionnaire du volume du poing. Gêne assez grande de la déglutition et de l'ouïe.

En octobre, érysipèle parti probablement d'une excoriation nasale, et qui envahit la face, sans incident particulier. La température ne dépasse pas 40°. Mais, dès l'apparition de l'érysipèle, les masses ganglionnaires subissent une régression évidente; au sixième jour, le cou est dégagé et le pharynx libre. La déglutition et l'ouïe redeviennent normales; on sent encore les ganglions au cou et à l'aine, mais si peu que la famille considère la guérison comme complète, du fait de ce bienfaisant érysipèle.

Trois semaines plus tard, l'hyperplasie ganglionnaire recommençait; un mois après, elle avait reconquis le terrain perdu. A son niveau, la peau du cou s'était chagrinée, injectée, avait pris une teinte livide, de telle sorte qu'on eût plutôt cru, si l'on n'eût été prévenu d'avance, à quelque tumeur maligne, à un lympho-sarcome. Peu à peu, les jambes se sont infiltrées, puis les mains, les paupières, et, à la fin d'avril, la malade a succombé subitement, probablement à un épanchement intra-crânien.

Au cours de l'érysipèle, la malade ne fut soumise à aucune médication active. Un mois après sa disparition, un traitement arsenical, rigoureusement suivi par la voie stomacale et les injections dans les tumeurs, n'amena aucun résultat.

(1) Ricochon : Disparition de lymphadénomes multiples à la suite d'un érysipèle. In *Gaz. hebd.*, 20 juin 1885, p. 425.)

Nous n'ignorons point qu'on a publié des cas dans lesquels des néoplasmes malins ont été donnés comme guéris à la suite d'un érysipèle.

Stein a rapporté un cas de tumeur du sein (sarcome ou cancer) disparue de cette manière (*Vratch*, 1882, p. 262) et cité d'autres faits où une terminaison analogue aurait été observée : trois de Mosengeil, dont un d'épithélioma de la région auriculaire, un de cancer de la mamelle et un de cancer du nez, des tempes et des joues (*Arch. de Langenbeck*, 1870, T. XII, p. 68 et 107) ; — trois cas de sarcome publiés par Busch (*Berliner Klin. Woch.*, de 1866 et 1868) ; — un cas de Legrand (*Schmidt's Jahrb.*, T. LXIII, p. 177, et *Revue médicale de Paris*, 1848, T. II, p. 434) ; — quelques cas insérés dans une thèse de Bonn, soutenue par Hahn, en 1870 ; — un de Lussana (*Bull. de Thérap.*, 1869, vol. 76, p. 426) ; — et un de Zarubin.

Mais les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on sache ce qu'ils sont devenus, ni si la disparition du néoplasme a eu lieu sans retour, sauf dans un cas de Busch, où le patient, atteint de lymphadénome, contracta un érysipèle qui fit diminuer la tumeur d'une façon notable, mais celle-ci ne tarda pas à repulluler. Dans certains cas, les auteurs ont attribué cette disparition à des injections de pepsine qui avaient été suivies d'érysipèle et non à l'érysipèle lui-même (Lussana, Fortunato Tassini, Zarubin, etc.).

M. le docteur Augagneur (de Lyon), a même publié un intéressant travail pour démontrer que certains néoplasmes pouvaient disparaître spontanément et définitivement (*Lyon médical*, 1881, T. XXXVII, p. 213, 240, 281). En supposant donc que certaines tumeurs aient disparu définitivement après un érysipèle, on pourrait peut-être encore ranger ces cas parmi ceux de disparition spontanée.

En revanche, on trouvera dans la thèse de M. Maurice Denucé une analyse des observations de Fehleisen, Janicke et Neisser, où l'inoculation de l'érysipèle a été faite de propos délibéré ; les résultats ne sont pas encourageants. Fehleisen connaissait le cas de Busch, dans lequel on avait donné l'érysipèle au malade en le faisant coucher dans un lit où tous les opérés contractaient cette affection. Ce fait aurait donc pu suffire pour l'éclairer *à priori* sur la valeur de son idée thérapeutique.

Certains de nos compatriotes ayant grande tendance à chercher quand même au delà de nos frontières le mot d'ordre du progrès chirurgical, il faut s'attendre à voir quelque jour nos pauvres cancéreux soumis à l'inoculation de l'érysipèle, sous prétexte que le cancer, par sa gravité, justifie toutes les audaces thérapeutiques ; que l'érysipèle, grave seulement par ses complications, — ce qui est une erreur énorme, — ne tue jamais par lui-même ; enfin parce que la chose a été déjà faite à l'étranger par quelques excentriques.

Or, sans me dissimuler la trop fréquente inutilité des revendications en faveur du sens commun, je me permettrai de présenter à ceux de mes confrères qui voudraient imiter les praticiens d'Outre-Rhin, les réflexions qui précèdent et les faits qui leur servent de base.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE BOTANIQUE, par M. H. BAILLON, avec la collaboration de MM. de Seynes, de Lanessan, Mussat, Nylander, etc., etc. Dix-neuvième fascicule : FRAN — GONA. — Paris, librairie Hachette.

La prochaine livraison complètera le deuxième volume de cette remarquable publica-

tion. Nous jetterons alors un coup d'œil général sur ce deuxième volume. Nous devons signaler dès à présent, dans le dix-neuvième fascicule que nous avons sous les yeux, un article d'un haut intérêt, l'article FRUIT, qui offre tout un enseignement spécial parfaitement résumé et riche d'un grand nombre d'admirables dessins qui font honneur au botaniste qui les a tracés avec autant d'élégance que d'exactitude, M. Faguet ; et l'article GERMINATION, intéressant pour tout le monde, non moins riche que le précédent en beaux dessins, et où chaque planche est une véritable leçon de botanique ...*oculis subjecta fidelibus*, comme dirait Horace. Les dessins qui représentent le GENIPA AMERICANA, la GENTIANE JAUNE, la GERMANDRÉE, le GINGEMBRE, et tant d'autres, sont des types de finesse et de vérité et équivalent presque à une herborisation en pleins champs. Trois dessins sont surtout charmants, ce sont ceux qui représentent la *combustion de l'essence volatile de la* FRAXINELLE, le FRÊNE A MANNE, le FRÊNE COMMUN ; l'image du GNETUM est extrêmement curieuse.

La publication par livraisons de cet utile dictionnaire, qui embrasse toute la botanique, en rend l'acquisition facile, et peu d'esprits cultivés et amis de la nature résisteront à la tentation. — G. R.

ÉTUDE SUR LA PATHOGÉNIE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE, par M. le docteur Maurice DENUCÉ. Thèse de doctorat. — Bordeaux, 1885.

Cet excellent travail est divisé en deux parties ; dans la première, l'auteur étudie la pathogénie de l'érysipèle et cherche à démontrer que la cause de l'affection est bien une bactérie spéciale, le *streptococcus érysipélateux*, dont la spécificité est démontrée : 1° par sa présence constante dans les tissus malades ; 2° par sa culture dans les milieux artificiels ; 3° par l'inoculation aux animaux et à l'homme.

La recherche de la bactérie érysipélateuse dans les tissus malades et sa culture dans les milieux artificiels, ont permis de différencier l'érysipèle vrai d'états morbides qui n'ont d'analogue avec lui que la rougeur de la peau, et en particulier les formes graves, dans lesquelles la bactérie érysipélateuse est associée à celles des diverses septicémies, et la suppuration, etc. Cette recherche et l'inoculation aux animaux ont permis encore de démontrer, ce que la clinique enseignait du reste, que l'érysipèle médical et l'érysipèle chirurgical ne pouvaient être distincts l'un de l'autre ; leur différence de gravité dépend, comme MM. Cornil et Verneuil l'ont dit à l'Académie, de l'association d'autres microbes à celui de l'érysipèle chirurgical, qui de plus survient souvent chez des individus épuisés par une affection antérieure ou un traumatisme récent.

Dans la seconde partie, M. Denucé, passant en revue les altérations viscérales de l'érysipèle, s'efforce de démontrer que ces altérations sont dues à l'action directe de la bactérie. Il complète ainsi les résultats obtenus par Fehleisen, qui n'a étudié que l'accident primitif, la manifestation tégumentaire de l'érysipèle. Aussi en a-t-il conclu que jamais la bactérie ne passait dans le sang, ce qui ne serait pas arrivé s'il avait suivi la bactérie au delà des ganglions, où elle pénètre dans les vaisseaux sanguins, puis, entraînée par le sang, dans les divers organes ; dans la peau, elle occupait les lymphatiques, mais dans les viscères son siège primitif est dans les capillaires sanguins. Si les organes sont sains et peuvent réagir contre son influence morbide, la bactérie finira par être éliminée sans avoir causé de dommage notable ; mais si elle se multiplie rapidement, si la réaction des organes traversés est insuffisante, alors surviennent les complications de la forme infectieuse (pneumonie, néphrite, etc., inflammation des séreuses, etc.) ; tout cela étudié avec un grand luxe d'examens histologiques.

Signalons particulièrement deux points intéressants de cette thèse. Le premier est relatif à la priorité de la découverte de la bactérie érysipélateuse ; M. Denucé a élucidé cette question, assez embrouillée jusqu'ici. La priorité appartient incontestablement à M. Nepveu, dont les recherches datent de février 1868 ; Hueter ne s'en est occupé qu'en 1869 ; il en a parlé le 5 juin, et sa communication a été publiée le 16 août 1869, tandis que celle de M. Nepveu n'a paru qu'en 1870 ; mais ses recherches, antérieures à celles de Hueter, offrent, en outre, une précision beaucoup plus grande.

Le second point concerne l'inoculation de l'érysipèle à l'homme ; nous ne pouvons, à cet égard, que nous associer à la réprobation exprimée par M. Verneuil contre ce mode

d'expérimentation; nous avons vu, dans la leçon rapportée plus haut, que les résultats cliniques n'étaient guère encourageants; il en a été de même des résultats expérimentaux : dans le premier cas, le résultat thérapeutique fut nul; dans le deuxième, il est donné comme très favorable, bien que la tumeur n'ait pas disparu complètement; en outre, épanchement pleural; dans le troisième, insuccès; dans le quatrième, diminution de la tumeur, mais épanchement pleural; dans le cinquième, lupus diminué; dans le sixième, cancer, insuccès; dans le septième, lupus, insuccès; dans le huitième, mort absolument imputable à l'érysipèle provoqué. On ne peut donc pas dire que les inoculations de l'érysipèle soient innocentes pour l'homme; elles n'ont que des propriétés thérapeutiques négatives, ou à peu près; elles prouvent simplement que le microbe érysipélateux peut se greffer chez l'homme à la faveur d'une solution de continuité à la peau; cette preuve était pour le moins superflue. — L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du céphalocèle et du spina bifida, par le professeur Schatz, de Rostock (*Berliner kliniche Wochenschrift*, n° 28, 1885, et *Med. Times*). — Le travail du professeur de l'Université de Rostock établit le parallèle entre le traitement par l'expectation et le traitement opératoire de ces lésions congénitales qui, jusqu'ici, se sont presque toujours, sinon constamment, montrées au-dessus des ressources de l'art.

Prenant pour texte l'opinion décourageante exprimée par Heinecke et Steffen, relativement au peu de chances de succès qu'offre toute tentative d'opération radicale, le professeur Schatz présente une liste de cas de céphalocèle qui établit le pronostic relatif des cas traités et des cas non traités. Sur 105 cas observés, 59 céphalocèles étaient occipitaux et 46 frontaux. Sur les 59 premiers cas, 24 furent laissés sans traitement et 3 seulement guérirent; 35 autres furent soumis au traitement, soit par l'incision antiseptique, soit par l'injection iodée ou la ligature avec seulement 6 succès.

Pour les méningocèles frontaux, 6 seulement survécurent sur 32 laissés sans traitement, et il y eut 3 guérisons sur 14 opérations.

Quelques cas de spina bifida, tirés de la pratique de Lorinser, montrent à peu près la même proportion de succès et d'insuccès et viennent à l'appui de l'opinion exprimée par l'auteur, à savoir qu'aucune intervention chirurgicale ne doit être tentée lorsque l'on peut démontrer l'existence d'une communication entre le sac herniaire et le canal vertébral. L'opération n'est admissible que lorsqu'on est sûr que cette communication n'existe pas et que la tumeur est recouverte de téguments sains, qu'elle est translucide et non douloureuse. Cependant, dans les spina bifida communicant avec la cavité de l'arachnoïde, l'auteur est tout disposé à tenter d'obtenir l'isolement de la tumeur par la constriction graduée ou la pression calculée sur le pédicule, en admettant que la hernie ne soit pas absolument sessile, de façon à amener artificiellement un processus d'inflammation plastique entre les deux parois, et, par suite, déterminer leur adhérence.

L'auteur rapporte l'histoire détaillée de 3 cas dans lesquels il est intervenu par la ponction et l'ablation du sac, dont le pédicule avait auparavant été solidement fixé et saisi à l'aide d'un long clamp comme celui qu'on emploie quelquefois pour saisir et fixer le pédicule d'une tumeur ovarienne.

Le premier cas a été malheureux; l'opéré, porteur d'un spina bifida, est mort.

Le second cas était un encéphalocèle volumineux qui fut successivement vidé, puis enlevé sans grand trouble dans la santé générale de l'opéré qui vécut jusqu'à l'âge de 11 ans, bien que persistassent les signes et les lésions d'une hydrocéphalie interne dont le développement fut graduel, et par suite duquel l'enfant resta paralysé des membres inférieurs et ne jouit que d'une intelligence très médiocre.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant atteint de plusieurs encéphalocèles, chacun de petit volume et qu'on put saisir et fixer par un clamp, puis qu'on réséqua. Malgré l'importance de la lésion congénitale prise dans son ensemble, l'enfant guérit après quelques fluctuations dans sa température et après suppuration des pédicules. Il est

©BIU Santé

encore vivant aujourd'hui, bien que son hydrocéphalie augmente rapidement de volume.

Tout les cas observés étaient graves par eux-mêmes, et les mérites de l'opération doivent, par conséquent, être considérés en dehors des résultats qu'elle a donnés dans ces mêmes cas précités; aussi l'auteur pense que la méthode de compression et de fixation préalable du pied de la tumeur par un clamp, si on l'applique à des cas plus simples, pourrait augmenter beaucoup les chances de succès. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Installation du bureau pour l'année 1886. — Correspondance. — Présentation de malade : Résection des trois quarts externes de la clavicule; guérison avec conservation des mouvements de l'épaule. — Rapport sur une observation d'opération de Porro exécutée avec succès. — Communications diverses. — Présentation de malade : Blessure de la moelle par coup de stylet; paralysie consécutive du membre inférieur; guérison.

Sur l'invitation de M. Duplay, M. Horteloup, président pour l'année 1886, prend place au fauteuil présidentiel; avant de s'y asseoir, il adresse à ses collègues les remerciements d'usage; M. Delens remplace M. Gillette dans les fonctions de premier secrétaire annuel.

M. Chauvel, secrétaire général, communique une observation adressée par M. le docteur Martel, membre correspondant à Saint-Malo, et relative à un cas de rétention des règles par imperforation de l'hymen chez une jeune fille, rétention ayant donné lieu à une tumeur utérine prise pour une grossesse.

— M. Desprès, au nom de M. Louis Thomas, membre correspondant à Tours, rappelle à la Société de chirurgie qu'une souscription est ouverte pour l'érection, dans cette ville, d'un monument à la mémoire de trois hommes qui, nés à Tours, l'ont illustré par leur mérite en même temps qu'ils ont été la gloire de la profession médicale, à laquelle ils appartenaient; ces trois hommes sont : Bretonneau, Trousseau et Velpeau. Par l'organe de M. Desprès, M. Louis Thomas invite la Société de chirurgie à prendre part à cette souscription. Une commission, composée de MM. Trélat, Berger, Horteloup, est désignée pour délibérer sur cette proposition de souscription collective.

— M. Duplay dépose sur le bureau la thèse inaugurale de M. le docteur Fargin, *sur la régénération tendineuse;* les recherches originales de l'auteur ont eu lieu dans le laboratoire de M. le professeur Duplay.

— M. Gillette présente un malade auquel il a pratiqué la résection des trois quarts externes de la clavicule pour une nécrose probablement de nature syphilitique de cet os.

Ce jeune homme avait eu un chancre et des syphilides. Il y a huit mois, des abcès s'étaient formés autour de la clavicule, laissant, à la suite de leur ouverture spontanée, des fistules sus et sous-claviculaires. Le malade était entré à l'hôpital Lariboisière, où l'on se borna à lui faire des pansements à l'iodoforme; il entra ensuite à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Gillette, cinq mois environ après l'apparition des abcès de la région claviculaire.

L'opération a été pratiquée le 13 octobre 1885. Après incision jusqu'à l'os et rugination de la surface osseuse, M. Gillette ayant constaté l'existence d'un séquestre intérieur, résultant d'une véritable nécrose, essaya d'extraire le séquestre par évidement, sans pouvoir y parvenir. Il dut se résigner à sacrifier la clavicule, dont il pratiqua la résection sous-périostée dans les trois quarts de la longueur de l'os.

Les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun accident. Il y a eu reproduction d'une partie de la clavicule; le malade est, aujourd'hui, complètement guéri, en

conservant, comme on peut le voir, tous les mouvements de l'articulation. M. Gillette met sous les yeux de ses collègues la pièce anatomo-pathologique.

M. Trélat dit que, lorsqu'il est amené à pratiquer des opérations de ce genre, il a pour habitude de mettre absolument à nu la surface osseuse en la grattant, pour n'avoir devant les yeux aucun voile périostal. Cela fait, de deux choses l'une : ou l'on est en présence d'une tuberculose osseuse, ce qui se reconnaît aisément à la friabilité et à la dépressibilité du tissu osseux; dans ce cas, il pratique la résection; ou, comme dans le cas de M. Gillette, il s'agit d'une ostéomyélite, ce qui se voit aux perforations dont la substance osseuse est criblée; alors il ouvre la cavité qui renferme le séquestre, enlève celui-ci, gratte les fongosités et bourre la cavité de gaze iodoformée.

Quoi qu'il en soit, M. Trélat s'empresse de reconnaître que le résultat de l'opération pratiquée par M. Gillette a été très favorable.

M. Le Dentu a été frappé de la conservation complète des mouvements qu'il a observée dans un cas de résection des deux cinquièmes externes de la clavicule et de l'acromion, qu'il a pratiquée chez un individu atteint d'ostéite suppurée de cet os; cette conservation des mouvements a eu lieu malgré les abcès développés autour de l'articulation enflammée. M. Le Dentu en conclut qu'il ne faut pas se laisser arrêter, en pareil cas, par la crainte du non rétablissement des mouvements.

M. Gillette répond à M. Trélat qu'après incision jusqu'à l'os et grattage de la surface de celui-ci, il a trouvé la clavicule hyperostosée et dure comme de l'ivoire; il a essayé de faire sauter la partie d'os qui recouvrait le séquestre pour pratiquer l'extraction de celui-ci; ce n'est que lorsqu'il a eu reconnu l'impossibilité de cette extraction qu'il s'est résigné à réséquer la clavicule. M. Gillette est convaincu, d'ailleurs, que l'extraction du séquestre n'aurait pas suffi pour amener la guérison dans ce cas; il serait très probablement survenu des abcès qui auraient nécessité ultérieurement la résection.

M. Trélat, malgré les observations de M. Gillette, dont il reconnaît la justesse, persiste à penser que l'ostéite avec séquestre et éburnation périphérique est passible de l'opération qu'il a indiquée.

— M. Lucas-Championnière donne lecture d'un rapport sur une observation d'opération de Porro, pratiquée avec succès par M. le docteur Delaissement, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin.

Le sujet de cette observation est une jeune femme rachitique entrée à l'hôpital de Saint-Quentin, en septembre 1884, au huitième mois de sa grossesse. Le 1er novembre suivant, le travail s'étant déclaré, M. Delaissement pratique l'opération.

Large incision pour pouvoir faire sortir l'utérus (procédé de Muller); ponction de l'utérus avec un trocart pour faire diminuer son volume; nouvelle incision en haut; application d'un fil de fer sur le col; incision de l'utérus; le placenta est en avant; extraction de l'enfant pesant 3,600 grammes, en état de mort apparente, rapidement remis.

Passage d'une broche dans le pédicule et d'un double fil de soie divisant le pédicule en deux parties; application du fil de fer avec le serre-nœud; celui-ci rompu, on met un fil de soie nouveau au-dessus de la broche; seize points de suture placés sur la paroi abdominale, suture de la paroi au pédicule. Babigeonnage du pédicule au perchlorure de fer, gaze phéniquée, protective, ouate et bandage élastique.

La malade guérit parfaitement bien, avec une température de 38°, 4 au maximum. Au bout d'un mois et demi la plaie était cicatrisée. M. Delaissement, à la suite de ce beau succès conclut naturellement à l'excellence de la méthode de Porro comparée à l'opération césarienne.

Il conclut aussi à l'excellence du procédé de Muller qui consiste à opérer hors du ventre.

M. le rapporteur ne partage pas sur ce point l'opinion de l'auteur; il trouve cette immense ouverture abdominale, au moins inutile, et il pense qu'avec quelques précau-

tions rien ne tombera dans le péritoine. Il lui semble même qu'il y a un véritable avantage à procéder avant toute rupture de la poche des eaux.

Relativement à la question de la préférence à donner à la méthode de Porro sur l'opération césarienne simple, M. le rapporteur pense que, malgré les documents statistiques recueillis jusqu'à ce jour, cette question est encore impossible à juger. L'opération de Porro comporte une mortalité d'au moins 56 pour 100, d'après Godson, et cette mortalité ne tient pas, comme on le croit généralement, à la péritonite ou à la septicémie, accidents qui peuvent être prévenus ; elle appartient à la section utérine; ce sont les réflexes utérins et ovariens dont on ne peut jamais prévoir l'intensité qui emporteront les malades, et, tant qu'on n'aura pas appris à les prévenir sûrement, la situation restera la même.

Cependant on voit l'opération césarienne simple, même faite avec peu de soin, réussir dans les campagnes assez régulièrement, et l'on doit se demander si les progrès de la thérapeutique chirurgicale ne permettent pas d'en faire autant, c'est-à-dire mieux que l'opération de Porro.

Dans une thèse remarquable ayant pour titre : *Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro*, M. le docteur Abel Daucourt, qui s'est livré à une enquête très bien conduite sur les résultats d'un certain nombre de ces opérations, a montré que les troubles consécutifs à l'opération de Porro sont moins communs qu'on ne le pensait : une malade opérée par M. L. Championnière, en décembre 1879, bien qu'elle n'ait plus ni utérus, ni ovaire, a des poussées congestives irrégulières du côté du rectum qui peuvent être considérées comme de véritables règles.

Elle présente en outre un état nerveux très complexe, des accès hystériques peu intenses, mais bien caractérisés; puis tout cela s'éteint peu à peu et aujourd'hui, après six ans écoulés, on ne trouve plus qu'un peu de vaginisme et de nervosisme, sans qu'on puisse affirmer qu'il n'en était pas ainsi avant l'opération.

Sur 30 cas, on ne compte que 6 cas d'éventration manifeste; toutes les autres modifications fonctionnelles se rapportent à de simples troubles nerveux rarement considérables.

Le vaginisme a été noté quatre fois. Chez certaines femmes il existe des désirs sexuels et des sensations voluptueuses qui manquent chez d'autres, comme on l'observe, d'ailleurs, chez les femmes à l'état normal.

Quelques femmes affirment que leur santé générale est mauvaise, mais il faut remarquer que, chez la plupart des opérées, l'état général était mauvais avant l'opération.

Huit fois on a observé un engraissement notable, facile à prévoir.

A côté de ces faits, M. Daucourt cite 12 cas dans lesquels l'opération césarienne ordinaire a été pratiquée plusieurs fois (jusqu'à quatre fois sur le même sujet), ce qui témoigne de leur bon état de santé. Dans neuf observations où les opérées ont pu être suivies, le retour à la santé a été plus rapide et plus complet que chez les précédentes, et l'on ne trouve surtout pas signalés les accidents nerveux habituels chez celles qui ont subi l'opération de Porro.

En revanche, on constata à peu près la même proportion de hernies ou éventrations, et, en plus, des récidives de grossesse exposant de nouveau les sujets à des accidents formidables.

De ces faits M. Daucourt conclut en faveur de l'opération césarienne, laquelle, grâce aux progrès de l'antisepsie, ne saurait manquer de prendre le pas sur l'opération de Porro.

Cette opinion était celle de M. Championnière, avant la réunion des documents publiés dans la thèse de M. Daucourt; depuis lors, les observations faites sur des femmes qu'il avait opérées par l'une et l'autre méthode, la lecture du mémoire du docteur Godson (de Londres), ont modifié un peu ses idées à ce sujet. Il est arrivé à penser qu'avec certaines modifications dans le manuel il serait possible d'abaisser le chiffre de la mortalité de l'opération de Porro.

Ainsi M. Championnière a proposé et compte exécuter à l'occasion la division du pédi-

cule en plusieurs petits faisceaux, convaincu que la constriction incomplète du pédicule joue un rôle important dans la mortalité des opérées.

Si l'on arrive de ce fait à abaisser la mortalité, et si l'on n'oublie pas que les opérées sont mises à l'abri de la récidive, on aura de puissants arguments en faveur de la méthode de Porro.

D'autre part, les partisans de l'opération césarienne simple espèrent, par la suture double des parois de l'utérus, réussir à conjurer tous les dangers de l'opération; mais les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre un jugement définitif sur ce point.

En somme le praticien a le droit de se tenir sur une grande réserve au sujet de la question de la préférence à donner à l'une ou à l'autre méthode. M. le rapporteur ne prétend pas la trancher pour sa part.

A son avis, la céphalotripsie ne doit être entreprise, surtout à certains degrés de rétrécissement (7 à 6 centimètres 1/2) que par des mains exercées.

De même l'opération de Porro ne peut être abordée que par un chirurgien habitué aux opérations abdominales. L'opération césarienne, beaucoup plus simple, est beaucoup plus accessible à la masse des praticiens, surtout dans les campagnes.

A la ville et surtout à l'hôpital, l'opération de Porro grâce à l'antisepsie beaucoup plus facile, reprend ses chances en mettant plus sûrement les plaies à l'abri des complications.

En outre, l'opération césarienne ne devra guère être faite dans les cas où le travail a été long, où la poche des eaux est rompue depuis longtemps, où une hémorrhagie intense a nécessité un peu de contusion des parois.

Au contraire, dans les cas de corps fibreux, l'opération césarienne simple est indiquée, l'ablation de l'utérus étant alors souvent impraticable.

Enfin, dans les conditions d'asepsie des organes génitaux, avec perte médiocre de sang, M. Championnière conseille l'opération césarienne simple suivie de suture double des parois. Sans viser à l'éclectisme, il pense que des indications différentes exigent des procédés opératoires distincts; à l'expérience de juger en dernier ressort. Dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, le praticien devra s'attendre à une mortalité élevée, sauf la chance des séries heureuses sur laquelle il est prudent de ne jamais compter.

— M. le docteur Le Bec lit une observation de tumeur fibro-plastique développée dans les ligaments larges, et traitée avec succès par l'extirpation. (Comm. : MM. Polaillon, Périer, Lucas-Championnière.)

— M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, lit une observation intitulée : *Fracture ancienne du crâne avec enfoncement, douleurs violentes, accès épileptiformes, trépanation, guérison.* (Comm. : MM. Nicaise, Berger, Lucas-Championnière.)

— M. le docteur Delorme communique un certain nombre d'observations de râclage de gros troncs nerveux sans accidents primitifs ni consécutifs. (Comm. : MM. Humbert, Berger, Nepveu.)

— M. Humbert présente, au nom de M. Th. Anger, un jeune Italien qui, dans une rixe avec des compatriotes, avait reçu dans le dos un coup de stylet à la suite duquel se produisit une paralysie complète du membre inférieur droit. Il ne reste plus aujourd'hui qu'un peu d'anesthésie du membre avec claudication légère. — A. T.

VARIÉTÉS

UNE ÉPIDÉMIE DE GOÎTRE EXOPHTHALMIQUE.

C'est parmi les élèves du *State Reform school* de Saint-Paul, dans le Minnesota, que M. Hand, d'après *The Northwestern Lancet*, a été témoin de cette épidémie : 44 garçons furent atteints, sur un personnel de 140 élèves. Fait d'ailleurs remarquable, le sexe masculin semblait être une cause prédisposante, car, dans une habitation adjacente, sur 19 filles, une seule présenta des phénomènes pathologiques analogues.

Les uns et les autres consommaient la même eau et observaient un même régime alimentaire, consistant surtout en café, pain, beurre, lait, légumes, riz et, quotidiennement, viande bouillie. Au reste, tous ces enfants étaient robustes et se livraient méthodiquement aux exercices physiques. Chez un certain nombre d'entre eux, l'hypertrophie thyroïdienne s'accompagnait d'exophthalmie et de troubles cardiaques.

Aucune sophistication des aliments ne permet d'expliquer le nombre considérable des cas. Le goître n'est pas endémique dans le pays, et aucun de ces malades n'était originaire des États de l'Ouest ou du Sud, où la plupart des jeunes filles sont atteintes d'hypertrophie thyroïdienne vers l'âge de la puberté.

Après deux mois et demi, l'endémie disparut. Il est vrai que, sans modifier le régime alimentaire ni les conditions du milieu extérieur, M. Hand avait prescrit l'usage de la solution iodée de Lugol. Nonobstant l'intérêt de curiosité qu'elle provoquera, l'histoire de cette endémie ne contribuera pas à jeter quelque lumière sur l'étiologie encore obscure de goître exophthalmique. Cependant elle nous fait penser aux endémies névrosiques par imitation, et établit un lien de plus entre la maladie de Basedow et les névroses. — C. L. D.

FORMULAIRE

Potion de Todd. — Nouveau codex.

Eau-de-vie vieille	40	grammes.
Teinture de cannelle	5	—
Sirop simple	30	—
Eau distillée	75	—

Mêlez. — Dans certains cas, on remplace l'eau-de-vie par du rhum. — N. G.

COURRIER

La rage. — Quelques cas de rage ayant été constatés parmi des militaires de différents corps de troupe, le ministre de la guerre a demandé à M. Pasteur s'il serait disposé à donner ses soins aux soldats qui se trouveraient dans le cas d'avoir recours au traitement spécial.

L'illustre savant s'est empressé de répondre qu'il se ferait un patriotique devoir de se mettre à la disposition du ministre en cette circonstance, non seulement en soignant les militaires malades, mais encore en leur appliquant son traitement d'une façon absolument gratuite.

En conséquence, des ordres vont être donnés pour que des salles spéciales d'observation soient aménagées à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, qui se trouve à proximité du laboratoire de M. Pasteur. Un soldat de la 21e section d'infirmiers militaires, à Philippeville, récemment mordu par un chien enragé, est en ce moment dirigé sur Paris pour y être soumis au traitement antirabique.

— Vient de paraître la première livraison des *Nouvelles Archives* et du *Répertoire universel d'Obstétrique et de gynécologie*, dirigés par MM. Charpentier, Duplay, Guéniot, Siredey, Bernutz, Porack, Pollaillon et Doléris. Nous souhaitons pleine réussite à cette publication, que recommandent d'avance à l'attention du public médical les noms des maîtres qui la patronnent.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

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. Réunion annuelle de la Société centrale des médecins de France. — III. Bibliothèque : Traité pratique des maladies du système nerveux. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Nous détachons, d'une lettre de M. le professeur Verneuil à la *Gazette hebdomadaire*, les principaux passages où notre excellent maître convie tous les travailleurs à chercher les moyens d'opérer un miracle. Il s'agit de la *Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose ;* découverte qui serait plus merveilleuse, plus utile encore et d'une application plus générale que la prophylaxie du charbon ou de la rage. M. Verneuil, « optimiste décidé », nous exhorte à ne pas reculer devant une pareille tâche : écoutons ses conseils.

... Les recherches de la médecine française contemporaine n'ont pas seulement jeté une vive lumière sur l'étiologie, la nature et la pathogénie des maladies infectieuses; elles nous ont encore mis sur le chemin qui conduira tout à la fois à leur extinction et à leur guérison...

Sauver un rabique est un miracle qu'on réalise aujourd'hui à volonté dans le quartier du Panthéon ; mais, pendant les deux mois qu'exige la cure, s'imagine-t-on combien de tuberculeux succombent à Paris seulement? Deux à trois mille environ, presque tous enfants, adolescents ou jeunes adultes, la force vive, l'espoir de la nation. Or, pour la prévention ou la guérison de la tuberculose, la physiologie et la pathologie expérimentales n'ont pas encore fait grand'chose. Que pourront-elles faire dans la suite? En vérité, je n'en sais rien; mais, comme je suis optimiste décidé, j'ai foi dans l'avenir...

Donc il faut chercher, chercher encore, chercher longtemps, chercher toujours; mais, comme la recherche clinique instituée depuis des siècles n'a donné que de maigres résultats, force est de s'adresser à l'expérimentation en mettant à profit soit les procédés qui ont déjà fait leurs preuves pour d'autres maladies parasitaires, soit d'autres procédés à découvrir si les premiers se montrent impuissants. Je n'ignore pas que des essais déjà tentés dans cette direction sont restés infructueux ; mais l'importance du sujet mérite bien qu'on y revienne, qu'on s'y arrête même, et avec d'autant plus de raison : 1° que la nature, par ses propres forces, guérit quelquefois la tuberculose ; 2° que l'on connaît fort bien les procédés curatifs qu'elle emploie en pareil cas ; 3° qu'enfin l'art lui-même réalise parfois la cure complète de certaines tuberculoses locales : les abcès froids, par exemple.

Mais pour expérimenter pendant des mois et des années, il faut plusieurs choses, à savoir : des travailleurs, un outillage, une direction et de l'argent. On trouvera bien des travailleurs...

Reste l'argent, nerf des luttes pacifiques comme de la guerre sanglante, et qu'il faut posséder non pas seulement pour récompenser les découvertes faites, mais encore pour entreprendre, continuer et mener à bien les moindres recherches...

Pour se procurer cet argent, on ouvrirait une souscription pour laquelle la *Gazette hebdomadaire*, et certainement aussi d'autres organes de la presse médicale et scientifique prêteraient l'appui de leur publicité, et dont notre éditeur Georges Masson voudrait certainement bien encaisser les produits. Nous avons quelque espoir que la récolte serait abondante ou au moins suffisante pour entrer en campagne avec les coudées franches. Pour cela, nous nous ferions volontiers solliciteurs auprès de nos collègues, de nos confrères, des sociétés savantes auxquelles nous appartenons, voire même des pouvoirs publics.

Les gens du monde ouvriraient peut-être leur bourse en notre faveur; peut-être aussi l'idée séduirait-elle quelque âme généreuse, comme M. Pasteur vient d'en ren-

contrer, et qui sait si une mère ayant perdu déjà quelque enfant par la tuberculose ne verserait pas sa contribution dans l'espoir qu'on trouverait le moyen de sauver ou de préserver le reste de sa progéniture.

Si par aventure, la richesse nous arrivait, nous n'en serions point embarrassés. Les sommes successivement versées seraient employées à subventionner soit les mêmes travailleurs, soit de nouveaux expérimentateurs offrant des garanties sérieuses ou apportant déjà des ébauches expérimentales d'une certaine valeur.

Les Sociétés savantes recevront certainement avec empressement les communications indiquant la marche et le progrès de l'œuvre expérimentale; mais si notre opulence le permettait, nous aurions aussi un historiographe pour signaler au jour le jour à nos ouvriers les essais faits chez nous ou à l'étranger, et qui pourraient les éclairer et leur faciliter la besogne.

Supposons enfin que le but soit atteint et que, dans quelques mois ou quelques trimestres, un de nos compatriotes, heureux mortel! nous présente un lot de six lapins dûment guéris d'une tuberculose inoculée ou rendus réfractaires à toute inoculation tuberculeuse : alors nous nous ferions une fête de vider dans la poche du fortuné chercheur tout le contenu de notre caisse.

Verba, c'est bien ; *acta*, c'est mieux ; pour donner le bon exemple, mes collègues et et moi nous versons demain collectivement chez M. Georges Masson la somme de 3,000 francs qui, en partie ou en totalité, sera aussitôt mise à la disposition de MM. Cornil, Bouchard, ou autres, en mesure de se mettre le plus tôt possible à l'œuvre.

Suivent les noms de MM. Bouchard, Brouardel, Charcot, Cornil, Damaschino, Fournier, Grancher, Lannelongue, Potain, Verneuil, auxquels la *Gazette hebdomadaire* ajoute une première liste de souscription comprenant les noms de ses rédacteurs. L'*Union médicale* suivra, elle aussi, l'impulsion donnée par M. Verneuil; elle ouvre dès aujourd'hui ses colonnes à tous ceux qui ont la même foi dans l'avenir, et elle espère voir augmenter rapidement la somme de 4,270 fr. déjà réunie.

Est-ce le lieu de rappeler que la méthode expérimentale a déjà fait dans cette voie quelques efforts, non couronnés de succès? Faut-il nous demander si les conditions infiniment complexes dans lesquelles la tuberculose évolue au sein des organes déroutent l'expérimentation et placent la solution du problème au-dessus des possibilités humaines? Sans doute, la campagne entreprise n'ira pas sans déceptions et sans efforts malheureux; et l'observation clinique fera bien de ne pas s'endormir en attendant que la méthode-sœur lui apporte le fruit de ses veilles. Mais qui sait, d'autre part, où peut s'arrêter la recherche physiologique? Qui voudrait nous priver d'avance des découvertes où peut conduire un programme scientifiquement tracé, et des trouvailles qu'apporte le hasard en dehors de tout programme? — L.-G. R.

Réunion annuelle de la Société centrale des médecins de France.

Dimanche dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, à deux heures et demie, la vingt-septième réunion de la Société centrale.

L'auditoire était peu nombreux, mais c'était, comme toujours, un auditoire d'élite : il n'y avait que des médecins.

M. le professeur Lannelongue faisait ses débuts comme président. Il s'en est tiré à son grand honneur. Dans une allocution courte, et très simple, il a eu le talent de dire beaucoup de choses, et de bonnes choses. Il s'est d'abord excusé, de la façon la plus courtoise, d'occuper une place pour

laquelle M. Le Roy de Méricourt, vice-président depuis plusieurs années, paraissait naturellement désigné. Mais M. Le Roy de Méricourt dont tout le monde apprécie le zèle, le dévouement et les éminentes qualités n'a pas permis que les suffrages se portassent sur son nom. Il a tenu à rester au second rang. Le seul honneur qu'il recherche est de pouvoir rendre de continuels services à une Société qu'il connaît mieux que personne, et pour cela, toute place lui est bonne. Qui faut-il le plus admirer, de celui qui fait acte d'abnégation si modeste, ou de celui qui, modestement aussi, la dévoile, en ayant profité? Dans tous les cas, nous devons les féliciter tous les deux de la générosité de leurs sentiments.

M. Lannelongue a ensuite rendu hommage à M. Gosselin, son maître vénéré et son ami, auquel il succède comme président de la Société centrale, de même qu'il lui a succédé comme professeur à la Faculté. Il exprime, à l'occasion de la retraite de M. Gosselin, motivée par des raisons de santé, des regrets qui sont partagés par tous.

Enfin, il indique, en termes très élevés quel est, selon lui, le rôle de la Société centrale, et quelles sont les conditions des progrès qui lui restent à poursuivre.

Les applaudissements de l'assemblée ont dû prouver au nouveau président que ses confrères sont en parfaite communion d'idées avec lui et que leurs sympathies lui sont bien acquises.

La parole est ensuite donnée au secrétaire M. le docteur Piogey qui, dans un discours attentivement écouté, expose le mouvement de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler, et rappelle les changements survenus dans le personnel. Vingt-sept sociétaires sont morts. Les vides qu'ils ont laissés sont comblés par vingt-six admissions, au cours de l'année 1885, et trois en janvier dernier. M. Piogey, dans des notices nécrologiques remarquables par leur concision, leur exactitude et leur délicatesse, paie un juste tribut d'éloges, et, quelquefois, d'admiration, à quelques-uns des confrères qui nous ont été enlevés : MM. H. Bouley, Noël Gueneau de Mussy, Lunier, Charles Robin, Louis-Eugène Forget. Ce dernier dont la personnalité était fort effacée à côté de celles dont les noms précèdent, doit la mention particulièrement honorable qui en a été faite par M. le secrétaire, à ce qu'il a laissé toute sa fortune à l'Association. Je voudrais pouvoir m'y arrêter, car il se dégage de ce qui en a été dit une leçon qui ne devrait pas être perdue. Je n'avais pas l'honneur de le connaître, et je ne me rappelle pas en avoir jamais entendu parler de son vivant. Mais, M. Piogey nous le représente comme un médecin « ayant eu une existence de dévouement pour les malades et d'abnégation pour lui-même. Modeste dans ses goûts, il se complaisait, dit son biographe, dans l'étude, dans l'exercice de sa profession et dans la frugalité de l'existence ».

Le docteur Louis-Eugène Forget exerçait la médecine à Paris depuis 1847, c'est-à-dire depuis près de quarante ans. Savez-vous, lecteur, à quel chiffre se monte sa fortune que, n'ayant pas d'héritier direct, il lègue tout entière à l'Association? A 20 ou 25,000 francs! N'est-ce pas qu'il y a là de quoi faire tomber bien des illusions, et qu'il résulte de ce fait si simple la démonstration de la nécessité de l'Association. Ah! que notre profession est mal connue du public et des jeunes médecins! et qu'il serait temps de faire à ce sujet la lumière complète.

Après que les applaudissements qui remercient M. Piogey de son discours sont cessés, l'assemblée ratifie par acclamation les admissions des

nouveaux sociétaires, et elle nomme, au scrutin, membres de la commission administrative : MM. Bazy, Bergier, Carrière (Jules), Dehenne, Desnos (Ernest), Dubuc, Josias (Albert), Lanquetin, Le Coin, Oulmont, Pfeiffer, Rodet.

M. Brun, trésorier, prend ensuite la parole et expose l'état des finances de la Société dans un discours fréquemment interrompu par les applaudissements. En voici les principaux passages :

La situation financière de notre Société est toujours excellente, bien que le nombre de nos sociétaires n'augmente plus, et que le chiffre de notre épargne reste le même.

Si le chiffre de notre épargne ne s'accroît pas, cela provient de ce fait que cette épargne, en réserve à la Caisse des dépôts et consignations, étant de 53,000 francs, cette somme est plus que suffisante pour répondre à tous les besoins urgents qui pourraient se présenter, et que, dans ces conditions, votre Commission a considéré qu'au lieu de thésauriser indéfiniment, mieux valait accorder des secours un peu plus larges, et faire profiter notre Caisse des pensions viagères des excédents de recettes. Pendant deux années consécutives, les versements de la Société centrale à la Caisse des pensions viagères ont été, pour chaque année, de 5,000 francs; pour le dernier Exercice, notre excédent s'étant trouvé un peu amoindri par la distribution de secours plus abondants, ce versement a été seulement de 3,000 francs, ce qui porte à 44,000 francs la somme des versements volontaires faits par la Société centrale à la Caisse des pensions viagères, en tant que Société, les libéralités particulières des membres de la Société centrale pour cette Caisse ayant été constamment bien supérieures aux versements de la Société elle-même.

Pendant le dernier Exercice, les membres de la Société centrale ont versé plus de 6,000 francs à la Caisse des pensions viagères, non compris un capital de 22,000 francs représenté par un titre de rente de 900 francs dû à la générosité de la veuve d'un de nos sociétaires, Mme la baronne Jules Cloquet, et, en dernier lieu, MM. Woillez et Oulmont, qui ont fait chacun un legs de 10.000 francs à notre Caisse des pensions, étaient membres de la Société centrale aussi bien que MM. Rufz de Lavison et Eugène Forget qui a institué l'Association générale sa légataire universelle pour une fortune de 20 à 25,000 francs.

Aussi, peut-on dire que, sans les libéralités de la Société centrale, la Caisse des pensions viagères de l'Association n'aurait pu arriver si promptement à ce magnifique résultat de pouvoir faire les fonds de plus de soixante-dix pensions viagères qui, toutes, vont être portées à 600 francs...

... Votre Commission administrative a distribué en secours, à cinquante-neuf personnes, la somme de 8,805 francs, supérieure de plus de 3,000 francs à la somme distribuée l'année précédente...

... L'avoir de la Société centrale, au 1er janvier 1886, se compose de :

1° Capital disponible.

Fonds de réserve à la Caisse des dépôts et consignations..	53,000 fr.	»
Somme en caisse du trésorier.....	2,741	88
Total.....	55,741	88

2° Capital non disponible (pour cotisations perpétuées).

Rente 4 1/2 p. 100.....	605)	1,721
Rente 3 p. 100.....	1,116)	

La tâche des délégués de la Commission administrative chargée de vérifier les comptes du trésorier était facile en ce sens qu'elle se bornait à remercier M. Brun de son zèle, de son habileté, de son dévouement et de son désintéressement. Mais il n'est point facile de varier les termes d'un *satisfecit* qui a déjà été exprimé vingt-six fois par les délégués précédents. M. le docteur Sanné a eu, cependant, cette heureuse fortune.

Dans le rapport qu'il a lu, au nom de M. Neumann et au sien, il a su donner aux éloges mérités qu'il adressait à M. Brun un tour nouveau et un cachet de distinction qui ont été fort remarqués et dont, personnellement nous le prions d'agréer nos sincères félicitations. — M. L.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, par le docteur J. GRASSET, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — 3e édition, 1886, in-8°, 1190 p.; Coulet, Montpellier.

Deux éditions de cet ouvrage ont été épuisées en moins de huit ans. C'est dire qu'il repondait à un besoin réel. On ne possédait jusqu'alors, en France du moins, aucun traité exposant l'ensemble de nos connaissances sur les maladies nerveuses, renouvelées de fond en comble, dans ces dernières années, par un mouvement dont on avait peine à suivre l'essor au milieu du flot débordant des périodiques et des monographies. Le livre de M. Grasset parut et fut le bien venu. On y trouvait, méthodiquement présentées et harmoniquement fondues, les données traditionnelles de la science et les acquisitions les plus récentes, passées au crible d'une critique sobre et d'un jugement sain. Les mêmes qualités recommandent aujourd'hui l'ouvrage singulièrement amplifié; un plan rationnel, un classement logique, des divisions nettes, une exposition lucide, un style simple, des conclusions franches; bref, un modèle didactique.

Les grandes lignes n'ont pas été changées; il est bien remarquable et très encourageant à la fois que, dans le travail d'édification accompli, pour quelques-uns, avec une hâte un peu suspecte, il n'y ait réellement eu à reprendre que des questions de détails; décidément les assises étaient solides, les matériaux de bonnes qualités, le devis irréprochable, et la tâche doit être poursuivie avec confiance.

Ce n'est pas à dire que M. Grasset n'ait eu à nous présenter aucune pièce de grand œuvre. La question de l'aphasie, complètement renouvelée par l'étude des aphasies sensorielles, a subi le remaniement conforme; les myopathies primitives, les paralysies radiculaires, la maladie de Thomsen, le myxœdème, ont vu s'épanouir ou s'ouvrir leur chapitre. L'hypnotisme et le somnambulisme provoqué sont traités pour la première fois avec l'importance que comporte cette étude d'actualité. Enfin, l'addition majeure est celle d'un appendice consacré aux principes généraux d'électrothérapie, et dû à la collaboration de M. Régimbeau, professeur agrégé.

L'ouvrage est devenu, grâce à ces additions, un énorme volume de 1,200 pages, masse assez inélégante et difficile à feuilleter. A notre avis, M. Grasset eût bien fait de l'alléger du hors-d'œuvre d'une trentaine de pages, constitué par des considérations générales sur la vie et la maladie, les méthodes de classification en pathologie, etc., dont il a pris texte pour développer quelques-unes des idées fondamentales de l'Ecole de Montpellier et des vues doctrinales traditionnelles qu'il a « reçues de ses maîtres et qu'il a prêté serment de transmettre fidèlement à leurs enfants. » C'est la matière des deux leçons par lesquelles il a préludé à son enseignement dans la Faculté; et parfaitement à leur place, comme développement de pathologie générale, ou introductton à un cours *ex cathedra*, leur reproduction ici se justifie plus difficilement. M. Grasset affirme énergiquement ses convictions vitalistes, et on ne peut que le féliciter de sa franchise et de sa décision; moins que tout autre, avec la conscience de ce que nous avons personnellement puisé d'idées saines et de notions larges dans la fréquentation de l'Ecole de Montpellier à une époque où le futur professeur, étudiant sympathique à tous, donnait déjà plus que des espérances, moins que personne nous ne nous permettrions de critiquer cette attitude. Mais nous ferons des réserves sur l'opportunité de cette publication en tête d'un traité des maladies du système nerveux; car c'est précisément là le terrain sur lequel le vitalisme est mis le plus gravement en échec, et cet air de bravoure en pays ennemi semblera d'une réelle imprudence.

M. Grasset connaît trop l'histoire de son Ecole pour ne pas se rappeler avec quelle

©BIU Santé

défiance, avec quelle inquiétude elle accueillit, par exemple, les premières tentatives de différentiation fonctionnelle du système nerveux. La distinction des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs, entrevue par Bell, puis démontrée par Magendie, semble bien anodine au point de vue dogmatique; elle trouva cependant bien des réfractaires. Ce sont là *inventions*, en disait Lordat; c'est là un point de vue mécanique incompatible avec l'autonomie du principe vital; il y a seulement un certain ordre préétabli entre les sympathies du système nerveux... De même, en pathologie : la paralysie du côté opposé aux lésions cérébrales ne provient pas d'une décussation des fibres nerveuses, « explication mécanique, vulgaire »; c'est l'équilibre de tonicité cérébrale qui est rompu entre les deux hémisphères, le côté sain entre en spasme, etc.

Les temps sont bien changés. M. Grasset est un des observateurs qui ont le plus fait pour étendre notre domaine sur les localisations cérébrales; le présent livre en a partout vulgarisé la notion, et sa part pourrait être enviée de plus d'un organicien. Au cours de son étude favorite, les objections doivent se dresser en foule devant sa foi vitaliste; ses amis, comme ses adversaires, en ouvrant ce texte, auraient eu profit à se renseigner ailleurs que dans un chapitre de généralités scolastiques, sur les motifs de cette inébranlable conviction. — R. Longuet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et de l'industrie, relative à des accidents survenus dans une localité de l'Aveyron, à la suite de la vaccination; ces faits ont été l'objet de l'examen d'une commission composée de MM. Pasteur, Brouardel et Proust, et d'un rapport de M. Brouardel au Comité consultatif d'hygiène publique. M. le ministre demande que l'Académie veuille bien prendre connaissance de ce rapport et donner son avis sur les conclusions.

Le rapport de M. Brouardel est renvoyé à l'examen de la commission de vaccine.

2° Une lettre de M. le préfet de police, accompagnant l'envoi de carnets destinés aux nourrices sur lieux et aux nourrices à domicile.

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature de MM. Laugier et Mottet, pour la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale; de M. Paulet, pour le titre de membre correspondant national.

M. le Secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie un nouveau modèle de seringue de Pravaz dans la construction duquel on a évité le contact du piston avec le liquide d'injection, dans le but de prévenir l'altération de ce liquide par le piston altéré.

M. le Secrétaire perpétuel fait don à l'Académie : 1° de 350 volumes de sa bibliothèque, provenant en grande partie d'un legs de M. Ferrus; 2° de 1,800 brochures, parmi lesquelles 115 exposés des titres des candidats qui ont sollicité le titre de membre de l'Académie. M. Béclard fait remarquer que ces exposés de titres sont rares à la bibliothèque de l'Académie, et c'est pour combler ce vide qu'il a eu l'idée de lui offrir la série de ceux qu'il possédait.

M. le Président exprime le vœu qu'à l'avenir, les candidats aux places vacantes veuillent bien déposer, dans la bibliothèque de l'Académie, l'exposé de leurs titres scientifiques.

M. Le Roy de Méricourt présente : 1° au nom de M. le docteur Mahé, médecin sanitaire de France à Constantinople, un *Mémoire sur les épidémies de peste bubonique qui ont régné depuis trente années* (1855-1885); — 2° au nom de M. le docteur Moursou, médecin de 1re classe de la marine, une brochure intitulée : *De la fièvre typhoïde dans la*

marine et dans les pays chauds ; — 3° au nom de M. le docteur Rouvier (de Toulon), une brochure *sur les injections intra-veineuses de sérum artificiel dans la période asphyxique du choléra.*

M. J. Rochard présente, de la part de M. le docteur Walther, médecin en chef de la marine, une brochure intitulée : *Rapport sur une épidémie de choléra à la Guadeloupe en 1865 et 1866.*

M. Proust fait une communication sur l'épidémie de choléra qui a régné dans le Finistère pendant une partie de l'hiver. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'importation du choléra à Concarneau et à Quimper est probable; elle est absolument démontrée pour le Guilvinecq, Audiern et Douarnenez.

2° Dans aucune de ces localités, il n'existait, avant l'apparition du choléra, de constitution médicale dite prémonitoire. Les médecins de Concarneau, de Guilvinecq, d'Audiern et de Douarnenez sont très affirmatifs sur ce point; ils font même remarquer que la santé générale était absolument bonne, lorsque les premiers cas de choléra se sont montrés. Ce ne fut que plus tard, lorsque le choléra était tout à fait installé, que l'on a observé des cas de cholérine et de diarrhée.

3° Le choléra est resté à peu près circonscrit dans les villes et les villages placés au bord de la mer. Ce fait s'explique par l'habitude qu'ont les habitants de ces ports de ne pas se porter vers l'intérieur du pays. Quelques cas se sont montrés cependant dans les localités du voisinage, à la suite de l'arrivée de quelques émigrants. Quimper, chef-lieu du département, qui a de plus fréquentes relations avec les villes du littoral, est la seule ville de l'intérieur qui ait été le siège d'une épidémie.

4° Dans chacune des localités atteintes, à Quimper, comme dans les différents ports, le choléra est resté localisé surtout dans certains quartiers, et y a présenté le caractère des épidémies de maison.

5° Les personnes frappées appartenaient presque toutes à la classe pauvre ; un grand nombre étaient des alcooliques ; les corps de troupes ont été épargnés ; ils avaient été soumis à une surveillance spéciale, à des mesures d'hygiène disciplinairement exécutées.

6° Il est urgent dans toutes les localités de faciliter l'écoulement des eaux, et particulièrement à Poualoazec ;

Il est urgent de faciliter l'écoulement des matières putrides qui encombrent la rue principale, d'autant qu'au bas de cette rue se trouve le puits qui alimente cette localité.

7° L'eau a joué un rôle évident dans la propagation de la maladie au Guilvinecq, cette action paraît probable à Quimper et pour le quartier de Douardenez ; cette action a été nulle à Audiern et surtout à Concarneau.

8° Les habitations présentent de nombreuses conditions d'insalubrité et au point de vue du sol, de l'habitation, de l'absence d'air, de l'encombrement, de la forme des lits, etc.

9° Il n'y a presque jamais de cabinets d'aisance dans les maisons ; on trouve dans quelques-unes d'entre elles des sortes de tinettes appelées *Bailles ;* ces bailles ne sont pas couvertes le plus ordinairement, et, quand il y a un couvercle, l'occlusion n'est que très imparfaite. Habituellement les matières sont projetées sur le sol devant les maisons et vont infecter la nappe souterraine.

10° Les villes et les villages qui offrent les conditions hygiéniques les plus déplorables ont été les plus frappés par l'épidémie. Au Guilvinecq, où ces conditions sont plus particulièrement défavorables, le choléra a sévi à diverses reprises avec intensité ; il a épargné le Chiagat, village situé en face dont les conditions sont bien supérieures.

11° Un certain nombre de mesures ont été prises pour combattre l'épidémie ; on a cherché partout à désinfecter les matières ; mais l'isolement, à part ce qui a été fait à Quimper, n'a été pratiqué nulle part, et, sauf à Douarnenez, les tentatives de désinfection des chambres ont été nulles ou très imparfaites.

Néanmoins, dans toutes les villes que nous avons visitées, nous avons pu constater la diffusion des idées de désinfection.

12° Les mesures immédiates d'hygiène visent surtout l'isolement et la désinfection des locaux; il sera nécessaire d'exiger une surveillance rigoureuse au moment de l'encombrement qui aura lieu à Audiern et à Guilvinecq, à l'époque de la pêche. Des mesures ultérieures visent plus spécialement l'usage d'eau pure, la suppression des puits, l'entretien des rues et la création de fosses d'aisances.

M. Polaillon lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Martel (de Saint-Malo), concernant le *raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles.*

Une fracture des deux os de la jambe droite avec large plaie contuse des parties molles avait été produite chez un charretier de 32 ans par le passage d'une roue de tombereau. Deux mois environ après l'accident, les bords de la plaie étaient largement échancrés par l'élimination des eschares et laissaient voir les fragments osseux en partie recouverts de bourgeons charnus et en partie dénudés. Il était évident que la plaie était trop étendue pour que la cicatrisation fût possible, même après l'élimination ou la résection des parties nécrosées.

Le 25 février 1885, M. Martel pratique l'opération suivante : résection du fragment supérieur et du fragment inférieur du tibia sur une longueur de 75 millimètres, en ayant soin de donner à la section osseuse une direction oblique en bas et en dedans; résection du péroné dans une égale étendue. Les deux sections obliques du tibia ayant été mises en contact par le tassement des parties molles, sont ensuite suturées avec un gros fil d'argent; lavage minutieux de la plaie avec de l'eau phéniquée, drainage et pansement avec de la charpie phéniquée; immobilisation du membre dans une gouttière de gutta-percha.

Les suites de cette opération furent simples; au bout d'un mois, toute la plaie était comblée par des bourgeons charnus de bonne nature. A ce moment, le fil de la suture osseuse fut enlevé non sans quelque difficulté; au bout de trois mois, la consolidation était obtenue.

Après la guérison, la jambe se présentait avec un raccourcissement de 7 à 8 centimètres; néanmoins sa forme était normale et le pied était situé à angle droit. La cicatrice, très régulière, avait environ 15 centimètres de longueur. Linéaire dans sa plus grande étendue, elle présentait, à sa partie moyenne, un élargissement avec adhérence au squelette; celui-ci ne faisait aucune saillie.

Le pied avait repris progressivement sa mobilité et supportait sans douleur le poids du corps. La marche s'exécutait sans canne et sans soutien, grâce à une épaisse semelle de liège placée dans la chaussure.

« La résection pratiquée par M. Martel, dit M. le rapporteur, diffère de toutes les résections précédentes et même de toutes les résections connues, par son but, sinon par son manuel opératoire.

« Enlever un segment du squelette d'un membre pour éviter l'amputation dans les cas où la destruction des parties molles ne permet pas d'espérer la guérison, est une idée nouvelle qui appartient à notre confrère de Saint-Malo. Le succès de son opération prouve que cette idée est réalisable et recule encore les limites de la chirurgie conservatrice. »

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Martel; 2° de conserver son travail dans les archives de l'Académie; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

M. Gautier est heureux de l'approbation qui lui est donnée par un clinicien de la valeur de M. Peter qui, avec sa perspicacité et son tact médical, a voulu tirer de ces études toutes les conséquences qu'elles paraissaient comporter.

Il est un point de vue sur lequel M. Gautier est absolument d'accord avec M. Peter; c'est celui-ci. L'organisme animal fabrique incessamment des matières vénéneuses, et leur imparfaite élimination, aussi bien que leur destruction incomplète par l'oxygène du sang, est la cause de cette auto-infection ou auto-typhisation qui débute le plus

souvent sur un point de l'organisme pour se généraliser ensuite, grâce à l'action du poison sur les centres nerveux.

Mais M. Gautier ne pense pas que l'on puisse déduire de ses recherches la conséquence de la *spontanéité* de la maladie dans le très grand nombre de cas où on la voit se transmettre par contagion directe ou indirecte de l'organisme malade à l'organisme sain, en plein fonctionnement physiologique normal; encore moins admettra-t-on cette spontanéité dans les cas où il est bien certain que le contage est un de ces ferments cellulaires dont nous connaissons aujourd'hui, grâce aux travaux de M. Pasteur, la constitution, l'organisation et l'évolution, ferment par lequel apparaît et sans lequel ne se produit pas la maladie spécifique.

Dans son travail, M. Gautier a eu le soin, au point de vue chimique, aussi bien qu'au point de vue clinique et pathogénique, de distinguer les *ptomaïnes* des *leucomaïnes*. Les dernières sont incontestablement produites par nos cellules normales *en pleine santé*, comme sont produits l'urée et l'acide carbonique. Les ptomaïnes, ou bases putréfactives, sont aussi fabriquées par des cellules, mais celles-ci sont étrangères à l'organisme. Les matières animales les plus altérables se conservent à peu près indéfiniment, si elles ne sont pas soumises à l'action des microbes atmosphériques comme l'a si parfaitement démontré M. Pasteur. Pas de ptomaïnes sans cellules, par conséquent, pas d'empoisonnement possible par ces ptomaïnes qui n'ait comme origine et agent incessamment producteur un microbe généralement anaérobie, cause première de l'infection.

Sans doute on peut passer par une pente insensible des phénomènes du botulisme à ceux du choléra indien, mais, puisque dans les deux cas, il y a eu production de matière infectante qui ne saurait provenir ni de la destruction spontanée des albuminoïdes, comme l'a démontré M. Pasteur, ni, comme le croyait Liebig, du dédoublement de ces substances altérables par un ferment soluble ou diastase qui n'existe pas, il faut qu'il y ait comme agent spécifique une cellule, un microbe infectieux.

Que, *dans aucun cas*, l'organisme ne puisse produire d'emblée un agent infectieux, apte à transmettre une maladie spécifique, c'est là une question que M. Gautier se gardera de trancher. Mais, sauf peut-être pour le typhus des camps, dont l'origine pourrait à la rigueur être expliquée par les théories microbiennes, jusqu'ici jamais la démonstration n'a été faite, qu'une maladie spécifique ait pu se produire spontanément en dehors de tout apport de contages extérieurs, et devenir épidémique. Mais M. Gautier pense comme M. Peter, qu'il existe un très grand nombre de maladies dont la cause est en nous-même, et qu'il serait absurde et dangereux, poussant à l'extrême les conséquences de cette grande découverte de la nature organisée et vivante des contages de la plupart des maladies épidémiques, de croire qu'il faut toujours admettre l'introduction de microbes dans l'économie animale, alors qu'éclate la maladie.

M. Pasteur n'a jamais tiré cette conséquence de ses recherches. La goutte, le rachitisme et l'ensemble des dyscrasies acides, l'anémie avec ses accidents si variés, le diabète et les autres maladies résultant d'oxydations incomplètes, la fièvre de famine et les autres maladies par ralentissement de la nutrition, la pneumonie et la pleurésie franches, la fièvre traumatique avec plaies contuses sans déchirure des enveloppes extérieures, le surmenage physique et intellectuel, enfin toutes les maladies si nombreuses qui résultent d'une atteinte au système nerveux, et qui par son intermédiaire frappent la sensibilité, la motilité, la nutrition, l'intelligence, sont des maladies fébriles ou non, dont les causes premières sont en nous, ou du moins se développent par des traumatismes dans lesquels il n'y a nulle intervention d'agents infectieux. C'est en ce sens qu'il faut entendre que ces études pourront soustraire quelques esprits à la *tyrannie des microbes*.

M. Gautier a mis plus de dix ans à s'apercevoir que les cellules pathogéniques, que M. Pasteur nous a si bien appris à connaître, à différencier, à cultiver, virus, contages, ferments figurés ou microbes, sont relativement à elles-mêmes des cellules normalement constituées et vivant physiologiquement, et qu'il était, par conséquent, logique de rechercher si les cellules de nos tissus produiraient, comme le font les bactéries et vibrions, des alcaloïdes vénéneux, même en présence de l'oxygène qui semble les bai-

©BIU Santé

ner abondamment. Cette conception était nouvelle ; aucun chimiste, jusque-là, n'avait pu admettre que les grands animaux fabriquassent normalement des alcaloïdes véritables, encore moins qu'une partie de nos tissus pût vivre en dehors de l'oxygène de l'air.

M. Gautier croit avoir été le premier à donner la démonstration que nous vivions en partie anaérobiquement, quoique cette remarque ait été déjà faite d'après des considérations d'ordre physiologique, en particulier par Claude Bernard. Mais M. Gautier a ajouté à la démonstration de cette vie partiellement anaérobie, qu'il établissait par le calcul de l'oxygène total consommé et rejeté dans nos excrétions, la démonstration expérimentale fondée sur la production incessante de ces alcaloïdes vénéneux physiologiques auxquels il a donné le nom de *leucomaïnes*.

A ces diverses preuves physiologiques et cliniques, M. Peter vient, avec son autorité personnelle, ajouter les preuves si précieuses d'ordre clinique. Il vient montrer que cette vieille médecine traditionnelle avait eu un singulier et heureux instinct en déduisant de l'observation pure des maladies la conséquence qu'il existe en nous des causes perpétuelles d'infection, d'auto-typhisation, que la maladie n'est généralement qu'un empoisonnement dont l'origine est l'être vivant lui-même, et que l'altération chimique des phénomènes de nutrition, de désassimilation, d'oxydation, d'excrétion suffit à expliquer, dans bien des cas, l'établissement de l'état morbide.

M. Gautier ajoute que le travail qu'il vient de publier aura donné à son tour, à ces anciennes conceptions, un nouvel et solide point d'appui.

M. Léon Le Fort ne pense pas, comme M. Peter, que la découverte, par M. Gautier, des leucomaïnes oxydables et azotées nous soutrairait à ce qu'il appelle la tyrannie des microbes ; il estime, pour son compte, qu'elle montre combien la doctrine microbienne a nié à tort la genèse primitive. En réalité, il peut naître primitivement dans l'organisme une complication chirurgicale qui fait naître à son tour un principe morbide transmissible ; cette théorie, que M. Le Fort soutient depuis 1865, s'appuyant sur des arguments tirés de la clinique, trouve sa confirmation dans la découverte de M. Gautier ; celle-ci anéantit les objections qui lui avaient été opposées.

En effet, ce n'est pas des entités morbides transmissibles, rougeole, scarlatine, variole, que M. Le Fort parle, mais d'affections compliquant d'autres affections préexistantes et ne pouvant exister sans elles ; telles que l'infection purulente accompagnant une plaie, une phlébite ; l'infection puerpérale au cours ou à la suite de l'accouchement ou des règles ; l'érysipèle, la scepticémie, l'infection putride, succédant à des plaies.

M. Gautier a montré la production, en de telles circonstances, de produits toxiques de nature alcaloïdique, ptomaïnes et leucomaïnes. La clinique avait déjà découvert dans les plaies septiques un poison particulier, auquel Bergmann en 1868 donna le nom de sepsine ; ce poison ne peut-il naître dans certaines conditions, comme l'infection purulente de l'érysipèle? Voyons les faits.

L'érysipèle est concomitant de causes locales, un frottement, le froid, des irritants quelconques. Ou il est dû à un microbe ne pouvant agir que dans ces conditions ou à une leucomaïne spéciale, provenant d'auto-infection. Mais quand il n'y a pas de contagion possible, comme par exemple, dans une maison isolée, au milieu d'excellentes conditions extérieures, deux hypothèses peuvent être faites, celle d'un long séjour des microbes à l'état latent ou d'une génération primitive. Prenons, par exemple, la septicémie survenue dans un cas de fractures compliquées à la suite d'un accident de chemin de fer : faut-il admettre que les roues qui ont broyé le membre dans cet accident étaient imprégnées de microbes ? ou bien que la dépression morale ou un état spécial des os ont déterminé la septicémie ? D'ailleurs, cette complication n'apparaît-elle pas plus facilement dans certains milieux, tels que celui des villes, certaines plaies ne la produisent-elles pas plus aisément ? Serait-ce que le microbe préfère tantôt les os, tantôt les veines ? En fait, s'il est impossible de repousser l'hypothèse d'un microbe, germe contage, qui seul peut expliquer les contagions, il faut bien, lorsqu'on remonte à l'origine de celles-ci, reconnaître la formation primitive de ce microbe lui-même.

C'est surtout à propos de la fièvre puerpérale que le problème se pose nettement. M. Le Fort cite le cas d'une petite épidémie de cette affection qu'il a eu l'occasion d'observer l'an dernier chez des femmes soignées par une même sage-femme ; la maladie débuta chez une femme qui avait à la cuisse une fistule suppurant depuis longtemps ; elle ne cessa, après avoir fait six victimes, que lorsque la sage-femme qui la colportait renonça momentanément à la clientèle. Il serait à tout le moins singulier de vouloir prétendre que la fièvre puerpérale a été déterminée chez les premières femmes par un dépôt latent de microbes ; n'est-il pas plus juste de reconnaître qu'elle s'est produite à la suite de modifications dues à l'état puerpéral influencé par l'état pathologique antérieur ? C'est ici que l'on conçoit bien que des produits du genre des leucomaïnes de M. Gautier aient pu se former.

On objecte, il est vrai, que l'hypothèse d'une telle génération spontanée ne saurait aujourd'hui se comprendre. C'est qu'il ne faut pas être trop exclusif ; en réalité, rien ne se crée, mais tout se transforme ; les cellules, sous des influences morbides particulières, se groupent, se régénèrent et se reproduisent. Il en résulte, dans ces circonstances, des poisons tels que ceux que la chimie a révélés à M. Gautier, des poisons organiques comme ceux que nous révèle la clinique.

M. Verneuil fait remarquer que la première de la série des sept femmes atteintes de fièvre puerpérale, dont il vient d'être question dans la communication de M. Léon Le Fort, avait une fistule qui suppurait depuis longtemps ; elle était donc en puissance du germe de la pyoémie et, dès lors, on s'explique comment, à l'occasion du traumatisme produit par l'accouchement, elle a contracté la fièvre puerpérale qui a été communiquée par l'intermédiaire de la sage-femme aux six autres nouvelles accouchées.

Il y a eu là un cas de ce que M. Verneuil appelle parasatisme microbique *latent* dont il a eu l'occasion d'observer déjà plusieurs exemples. Il cite en particulier celui d'un jeune homme de 24 ans, qui, à l'âge de 12 ans, avait eu une ostéomyélite des adolescents pour laquelle on avait été obligé de pratiquer l'amputation de la jambe ; à 16 ans nouvelle atteinte d'ostéomyélite, qui nécessita plusieurs incisions ; enfin, huit ans plus tard, ce jeune homme revenait à l'hôpital avec une récidive d'ostéomyélite suppurée de l'épaule.

Avec l'aide de M. Nepveu, dont la compétence en tout ce qui concerne les recherches si délicates du parasitisme chirurgical ne saurait être mise en doute, M. Verneuil pratiqua avec les plus grandes précautions l'ouverture de l'abcès ; ils constatèrent que le pus de cet abcès était rempli de myriades de micrococcus.

Voilà donc un malade dont l'organisme a été pendant douze ans habité par le microbe de l'ostéomyélite.

Les faits de ce genre ont été, d'ailleurs, recueillis, à Lyon, en très grand nombre. Il n'est donc pas difficile de s'expliquer comment la première malade de M. Léon Le Fort, atteinte de pyoémie, a contracté fa fièvre puerpérale et a communiqué la maladie aux autres.

M. Trélat partage entièrement l'opinion exprimée par M. Verneuil, sauf l'expression de parasitisme *latent* qui ne lui paraît pas pouvoir s'appliquer aux cas dans lesquels des manifestations morbides dues à la présence d'un parasite infectieux se reproduisent tous les deux, trois ou quatre ans. Ce qui est vrai, ce que l'observation démontre, c'est qu'il existe des microbes qui peuvent séjourner pendant très longtemps dans l'économie animale. Mais ce n'est pas là une loi générale, et le problème renferme des données très obscures qui ne permettent pas de le résoudre encore. A côté du microbe de l'ostéomyélite qui, ainsi que le microbe de la tuberculose, procède par poussées de colonisations migratrices, il y a ceux de l'infection purulente qui évoluent avec plus de rapidité, et d'autres, comme le microbe du charbon, qui peuvent tuer en un espace de temps très court. Il y a donc lieu d'établir des différences entre les divers agents d'infection qui existent dans l'économie animale.

M. Peter déclare qu'il se rallie complètement aux idées émises par M. Léon Le Fort.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES GOMMES SCROFULEUSES. — E. Besnier.

Dans le cas de doute sur la nature d'une gomme, on commence par une médication antisyphilitique. Si cette dernière échoue, et que l'on ait acquis la conviction qu'il s'agit bien d'une gomme scrofuleuse, on prescrit l'huile de foie de morue, le fer, l'arsenic, les inspirations d'oxygène, la suralimentation. L'auteur croit également avoir obtenu des succès, avec l'iodoforme donné à l'intérieur, en pilules, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 50 centigr. et plus dans les vingt-quatre heures. — S'il arrivait que le traitement interne fût resté sans résultat, on détruirait sur place, le plus promptement possible, le foyer spécifique, à l'aide de caustiques appropriés. L'emploi du chlorure de zinc, soit interstitiel, soit en surface, a réussi plusieurs fois dans les mains de l'auteur. La curette peut également rendre d'utiles services. — 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 décret en date du 4 février 1886, M. Vincens, médecin principal de deuxième classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté préfectoral, en date du 31 janvier 1886, M. le docteur Fauconnier fils est nommé membre de la douzième commission locale chargée de veiller, dans le VIe arrondissement de Paris, à l'exécution de la loi du 19 mai 1874 sur le travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie.

— Le Congrès des délégués des Sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 27 avril 1886. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre, le samedi 1er mai.

— M. le docteur Langlais est nommé médecin du lycée de Pontivy, en remplacement de M. le docteur Le Fur, décédé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 13 février 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Dubrisay : Rapport sur la candidature de M. le docteur Lediberder, de Lorient (membre corresp.). — 2. M. Thévenot : Rapport sur la candidature de M. le docteur Rey, de Grenoble, (membre corresp.). — 3. M. Perrin : Rapport sur la candidature de M. le docteur Gillette à l'honorariat. — 4. M. Duroziez : Rapport sur le prix Duparcque proposé pour 1887. — 5. Communications diverses.

LE VIN DURAND est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif, ni purgatif, détruise la constipation. C'est le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Durand-Fardel : Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Paracelse et Van Helmont.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques (1).

LEÇON D'OUVERTURE.

Par le docteur Max. Durand-Fardel.

Messieurs,

Je dois commencer par vous exposer, aussi clairement que je le pourrai, le caractère et la portée de l'enseignement que j'ai créé, il y a trente ans, ici même, et qui n'a guère encore trouvé d'imitateurs, malgré son utilité et l'intérêt qu'il présente par lui-même.

Ce n'est pas précisément un cours d'hydrologie que je vous propose, c'est un cours de thérapeutique : c'est-à-dire que j'ai simplement l'intention de vous apprendre à vous servir des eaux minérales comme on se sert des autres agents de la thérapeutique. En d'autres termes, je m'efforcerai de conformer mes leçons à la proposition suivante, qui me paraît exprimer la raison même de l'hydrologie médicale.

Étant donné un malade, connaître les eaux minérales qui lui conviennent.

Vous voudrez bien vous prêter à ce que les termes de cette proposition ont de compréhensif, et je vais vous montrer qu'elle contient en réalité toute la signification de cet enseignement.

Qu'est-ce que la thérapeutique ? C'est l'application des médicaments ou des médications à la pathologie : sans elle, la pathologie et la clinique ne seraient que de l'histoire naturelle.

(1) Les mardi et jeudi de chaque semaine, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT (1)

II.

Essayons de nous rendre compte du système de Paracelse. Je fais appel à votre patience ; le langage de Théophraste est obscur, véhément, souvent contradictoire, incorrect, avec des néologismes singuliers et embarrassants. Le titre de plusieurs travaux, dont vous avez sous les yeux la collection, a besoin d'être expliqué : *Paramirum*, signifie très admirable, *Paragranum*, graine par excellence, *Archidoxa*, haute doctrine. Nous trouverons encore le *Labyrinthus*, la *Berthonée* ou petite chirurgie, etc.

Comme frontispice, je prends le portrait qu'ont laissé les contemporains : Personnage maigre, avec des mèches de cheveux frisés autour de la tête, chauve par le haut, l'œil vif, le nez court, un peu de barbe hérissée.

Théophraste de Hohenheim veut renverser et détruire tout l'édifice médical construit avant lui. Faisant table rase des théories anciennes, il est le monarque de la médecine et il dit dans le *Paragranum* : « Vous me suivrez, toi Avicenne, toi Galien, toi Razès, toi Montegnana, toi Mésué. Ce n'est pas moi qui vous suivrai, mais vous qui marcherez à ma suite, vous médecins de Paris, de Montpellier, de Suède, de Misnie, de Cologne, de

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 janvier 1886.

©BIU Santé

La mise en œuvre de la thérapeutique suppose donc : 1° la connaissance des médicaments et des médications ; 2° la connaissance de la pathologie. Comment s'établit la relation entre l'application des médicaments et la pathologie ? Par les indications.

Je dois supposer la pathologie connue de vous. Je n'aurai à vous entretenir à son sujet que de notions en rapport avec la médication thermale, que je me propose d'étudier avec vous.

Ce qui fait l'objet spécial de ce cours, c'est donc : la connaissance des eaux minérales elles-mêmes et celle des indications qui les rattachent à la pathologie.

Ceci vous indique la division naturelle de ces leçons :

Matière médicale des eaux minérales ; — thérapeutique des eaux minérales, partant des indications.

Vous savez quelles sont les difficultés inhérentes à l'étude pratique des eaux minérales. Vous ne pouvez les observer par vous-mêmes, et vous ne pouvez en connaître les applications que de seconde main.

Il ne vous est permis en effet d'acquérir quelques notions à leur égard que dans les livres. Mais, alors qu'il s'agit de s'introduire dans un sujet peu familier, et en apparence aussi compliqué que celui-ci, les livres sont peu attrayants. On ne va guère y chercher que de simples renseignements, sans en être plus avancé à l'endroit de ce qu'est la médication thermale elle-même.

Il est cependant un autre mode d'instruction qui est assez en usage aujourd'hui, mais qui ne se trouve pas à la portée de tout le monde : il consiste à aller visiter les stations thermales. Des médecins, désireux de se faire une idée immédiate d'une médication qu'ils rencontrent souvent l'occasion de prescrire, ont la pensée très louable d'employer ainsi les vacances, interdites autrefois à notre profession.

Assurément ces sortes de délassements sont très utiles, les choses que l'on a regardées de près se fixant nettement dans l'esprit. Tantôt ce sont des courses rapides, embrassant une ou plusieurs régions thermales ;

Vienne, des bords du Rhin et du Danube, des îles maritimes, médecins italiens, dalmates, athéniens, grecs, arabes, juifs. Je ne vous suivrai pas, mais vous me suivrez et aucun de vous, en quelque lieu qu'il se cache, n'évitera que le chien ne lève la cuisse sur lui. Je serai monarque, j'administrerai une monarchie. Voilà ce Cacophraste comme il vous convient de m'appeler... » (*Prafatio in librum Paragranum*, édition de Francfort, 1603, t. Ier, p. 4 et 5 ; édition de Genève, 1658, t. Ier, p. 183).

Autant qu'on en puisse juger à travers des contradictions et une orthodoxie plus que douteuse, Paracelse avait adopté des idées néoplatoniciennes et faisait tout dériver de la Divinité. Chaque créature présente le baume astral. L'homme renferme en lui toutes les formes de la vie extérieure, il a le soleil, la lune, les astres, le ciel, la terre, l'eau, le feu, etc. « L'astronomie apprend à connaître les influences, le firmament et tous les astres, les étoiles, les planètes et le génie du ciel. Ceci nous conduit à dire que cette constellation, ce firmament et le reste que vous étudiez dans le ciel, se retrouvent dans l'homme. Vous appelez l'homme Microcosme et nous ne rejetterons pas cette dénomination : elle est juste, mais vous ne la comprenez pas bien ; votre interprétation est obscure et pleine de ténèbres. Ecoutez la nôtre : Comme le ciel, avec son firmament, ses constellations et le reste, est en lui et par lui-même, ainsi l'homme sera constellé puissamment et par lui-même. (*Paramirum, de ente naturali*, IIIe Traité, chap. I, édition latine de Francfort, 1603.) » L'homme est donc le Microcosme, en face de la nature extérieure ou Macrocosme. De même que le ciel a ses planètes et ses révolutions, l'homme a ses constellations, ses membres, ses équinoxes, son méridien. L'aliment ne

tantôt c'est un séjour plus prolongé près de l'une d'elles. Mais il ne faut pas se dissimuler qu'il ne peut guère en résulter que des notions assez superficielles, quelquefois peu exactes, et dont la valeur dépend trop du milieu rencontré et du caractère des renseignements pris sur place.

Les leçons que je vous propose devront avoir précisément pour résultat, grâce à la méthode qui les dirige, de vous mettre à même de profiter en connaissance de cause de vos lectures et de vos excursions, de rendre quelque attrait aux premières et de vous armer de critique pour les autres.

La méthode que je suivrai est double : elle comprend la *classification* pour la *matière médicale* et la *spécialisation* pour la *thérapeutique*.

La *classification*, qui a pour base la composition chimique des eaux minérales, est établie sur l'identité (relative) ou l'analogie de composition de certains groupes de ces eaux. D'après cette identité ou cette analogie sont constituées des *familles*, des *classes* et des *divisions ;* de telle sorte que, étant donnée une eau minérale dont la composition est connue, vous pourrez toujours lui assigner une place déterminée dans le tableau de la classification.

La *spécialisation* est basée sur l'analogie d'appropriation thérapeutique appartenant à toutes les eaux minérales qui se trouvent rapprochées dans chacun des éléments de la classification.

Vous voyez que la classification et la spécialisation se trouvent en harmonie l'une avec l'autre, et nous fournissent pour ainsi dire la clef des applications des eaux minérales. Et je puis affirmer que, lorsque vous serez en possession de la *classification* et de la *spécialisation* des eaux minérales, vous connaîtrez, je ne dis point tous les faits qui s'y rattachent, mais vous connaîtrez la médication thermale.

Est-ce à dire que la méthode basée sur ces deux chefs essentiels soit parfaite, et que, si les principes sur lesquels elle est établie sont certainement exacts, elle ne laisse rien à désirer au sujet de ses applications? Non

---

sert à l'homme que comme le fumier sert au champ. « Il y a sept membres dans le corps : cerveau, cœur, poumons, fiel (vésicule), foie, reins, rate, qui sont en harmonie astrale avec Lune, Soleil, Mercure, Mars, Jupiter, Vénus et Saturne... Ces membres ne demandent aucun aliment, mais se suffisent à eux-mêmes, comme les sept planètes qui se nourrissent elles-mêmes, sans que l'une demande son aliment aux autres et sans rien emprunter aux astres..... Le corps est double : firmamental et terrestre. Je vous le dis en vérité, l'homme se compose de deux espèces de créatures : de celles qui se nourrissent et de celles qui manquent de nourriture... Le fumier réchauffe et engraisse le champ d'une manière occulte ; la nourriture produit le même effet dans le corps d'une manière corporelle, mais elle n'agit pas sur ce qui est dans le corps (chap. II, III et IV). » Ces citations abrégées vous montrent la manière dont Paracelse expose ses idées; les rêveries y tiennent la plus large place.

Vous pressentez que si la connaissance du Macrocosme importe seule pour apprécier le Microcosme, en d'autres termes si le corps humain est connu par l'étude seule de la nature, à quoi sert l'anatomie humaine ? Elle devient absolument inutile, aussi Théophraste la méprise et la rejette : « Disséquer est une méthode de paysan », il s'élève contre « l'habitude puérile de disséquer les cadavres, dont se glorifient les prestidigitateurs italiens ». Et cependant, il est question d'anatomie dans les écrits de Paracelse, mais sous ce nom, il y a de tout, excepté l'anatomie vraie. L'anatomie est l' « effigie astrale externe », c'est encore « la Signature pour les remèdes, la forme ou l'effigie des maladies. » L'alchimie conduit à trouver ce qui constitue le corps vivant (*anatomia mate-*

sans doute. Mais il n'existe pas de méthode scientifique qui se trouve à l'abri de toute critique, c'est-à-dire qui réponde d'une manière satisfaisante à la totalité des faits auxquels elle s'adresse. J'aurai soin, du reste, de vous en signaler les imperfections aussi bien que les avantages.

Avant d'entrer dans la matière véritable de ce cours, il me paraît utile de vous montrer les ressources que la médication thermale offre au traitement des maladies chroniques. Ceci me paraît la préface naturelle des développements qui suivront. Je me bornerai à un exposé succinct, mais propre à vous donner une idée sommaire des indications générales qui se rapportent à la médication thermale. Nous aurons, bien entendu, à revenir amplement sur ce sujet. Un des privilèges de l'enseignement oral, est de se prêter à la répétition. Toute l'étude que nous entreprenons se trouve dominée par un certain nombre de principes généraux sur lesquels nous devrons insister, de manière à les mieux graver dans votre esprit.

On sait que la médication thermale ne s'adresse qu'aux états chroniques. Ce n'est pas sur ce point qu'il sera nécessaire d'insister.

Ce que je dois signaler d'abord, c'est qu'elle s'adresse également à des états généraux constitutionnels et à des lésions ou organiques ou fonctionnelles, et, le plus souvent, elle cumule le rôle de médication générale et celui de médication locale, l'une et l'autre s'entr'aidant dans une action commune.

Les actions générales des eaux minérales sont des actions *altérantes* ou *constitutionnelles*, *reconstituantes* et *sédatives*, leurs actions locales sont *résolutives* et *substitutives*. C'est-à-dire que tels sont les titres que revêtiront les indications des eaux minérales; et l'un des caractères que nous rencontrerons parmi ceux qui appartiennent essentiellement à la médication thermale, c'est la faculté que possèdent la plupart de ses agens de réaliser simultanément plusieurs de ces actions thérapeutiques, et, par conséquent, de fournir les moyens de remplir à la fois des indications multiples.

---

rialis) et comment le corps se décompose après la mort (*anatomia mortis*). Paracelse appelle encore l'anatomie vivante : anatomie essentielle, ou spagyrique, ou chimique. Et alors surgissent les idées fantastiques : De même que le monde entier est un seul corps, de même toutes les maladies des hommes forment un seul corps. Mais, tous les hommes n'ont pas une seule maladie ; c'est l'anatomie vivante qui apprend les divers gisements des maladies, comme la métallurgie apprend ceux des divers filons de l'or qui, tout dispersés qu'ils sont, ne forment qu'un seul corps. Il est évident que Théophraste, n'ayant aucune connaissance anatomique sérieuse, imagine ou invente, en détournant les expressions reçues de leur sens habituel.

Avec une pareille anatomie, vous devinez une physiologie nulle. Que dire des conceptions suivantes ? « Le cœur répand son esprit dans tout le corps, comme le soleil sur tous les astres et sur la terre elle-même. Cet esprit est seul utile au corps pour sa subsistance et non les sept membres. Le cerveau pénètre seulement jusqu'au cœur et du cœur regagne son centre spirituel; ce but est le seul auquel il tende. Le foie, par son esprit, marche seulement vers le sang et n'atteint pas autre chose. La rate se dirige vers les flancs et les viscères. Les reins s'ouvrent un passage à travers les lombes, les parties voisines et les voies urinaires; le poumon autour de la poitrine et de la gorge; le fiel a son mouvement vers l'estomac et les intestins. A l'aide de ces indications, vous connaîtrez si un de ces organes s'écarte de sa route et pénètre dans une voie étrangère; par exemple, la rate dans celle du fiel, car alors, de toute nécessité, il s'engendre des maladies (*Paramirum*, chap. VIII). » Je m'abstiens de tout commentaire. Paracelse

Exemple : Lorsque vous employez une eau chlorurée sodique forte, comme Salins (du Jura), dans un cas de scrofule avec engorgement ganglionnaire ou péri-arthrite, vous agissez sur la diathèse par l'action dite *altérante*, sur l'état torpide du système par l'action *reconstituante*, et sur les engorgements par l'action *résolutive*; et l'action *substitutive* pourra se reconnaître encore sur des plaies ou des trajets fistuleux.

L'idée que l'on peut se faire de la médication altérante est celle d'une médication douée de qualités spéciales en vertu desquelles elle change la manière d'être de l'économie, en s'adressant aux phénomènes intimes de la nutrition.

J'emploie l'expression *altérante*, parce qu'elle est consacrée par l'usage; mais elle est une des plus défectueuses en raison de la signification apparente qui s'y rattache, et qui est propre à faire prendre le change touchant son mode véritable. L'expression de médication *constitutionnelle* rend avec exactitude l'idée qu'on doit s'en faire, cette médication se rapportant également à des diathèses déterminées, et à des états constitutionnels qui n'offrent pas le caractère morbide de ces dernières, mais en sont souvent comme l'annonce ou la préparation.

Les actions *résolutives* sont les plus frappantes dans leurs résultats, et l'on peut ajouter les plus directement curatives, car les états diathésiques ou constitutionnels se laissent modifier plutôt qu'ils ne se corrigent absolument.

Je vous ferai remarquer que les indications *constitutionnelles* et les indications *résolutives* sont, en général, celles qui répondent aux conditions morbides les plus graves et sollicitent les interventions thermales les plus énergiques. Vous verrez plus tard qu'elles ressortissent spécialement à un ordre d'eaux minérales très déterminé, les eaux à bases sodiques et à forte minéralisation.

L'action *reconstituante* est, pour ainsi dire, plus banale que les précédentes. Elle se rapproche beaucoup des influences hygiéniques. Elle est surtout caractérisée par ceci : qu'elle appartient, à des degrés quelconques,

---

repousse les anciens éléments galéniques, « les humeurs, qui ne sont qu'un produit de l'imagination », voyons ce qu'il met à la place. L'homme ou le microcosme est formé, comme le macrocosme ou l'univers, par quatre éléments : le feu, la terre, l'eau, l'air; c'est la théorie d'Anaxagore. Mais, pour Paracelse, ces éléments s'associent pour constituer des éléments plus immédiats. « Tout élément se divise en trois parties, lesquelles cependant existent sous la même apparence, la même forme, la même couleur, la même figure et la même manière d'être, à savoir : le sel ou baume, la résine ou soufre, et la partie liquoreuse ou gotaronium (mercure). Ces trois parties produisent toutes choses, c'est-à-dire les procréations des éléments du corps limon, et semblablement celles du corps physique. Chaque corps est constitué par ces trois parties et n'en a ni plus, ni moins. Elles produisent les métaux, les minéraux, les pierres, les arbres, les plantes; en un mot, tout ce qui a la vie ou ne l'a pas. La manière d'être est autre pour les métaux, pour la chair, le sang, le bois, etc. Le médecin ne considère pas cela, mais seulement l'intérieur, qui est son subjectum et qui naît des éléments. » (*Paragranum*, V. *Labyrinthus medicorum errantium*, chap. III).

Ailleurs, il est dit : trois substances primordiales, le soufre, le mercure et le sel, se trouvent dans le limon dont l'homme est formé; l'homme n'est que ces trois substances. « L'alchimie ou le feu de Vulcain, en dégageant ces substances après la mort, embrasse ainsi trois éléments, trois substances, quatre astres, quatre terres, quatre eaux, quatre feux, quatre airs et toutes les conditions, les habitudes, les propriétés et les natures de l'homme, sans lesquelles il n'y a pas de maladies, notion que vous avez

à tous les organes de la médication thermale, et en accompagne toutes les autres actions thérapeutiques.

La *substitution*, que nous verrons jouer un rôle important sur un certain ordre de faits pathologiques, est d'un ordre inférieur, en ce sens qu'elle épond ordinairement à des indications locales, et qu'elle paraît surtout effectuée par sa combinaison avec d'autres actions plus générales.

Quant à l'action *sédative*, elle offre surtout une valeur relative, et se présente plus souvent comme un agent d'équilibration que comme un agent de sédation directe.

Nous retrouverons tout ceci quand nous verrons les eaux minérales directement aux prises avec les états morbides, et vous constaterez comment il est possible de saisir chacune de ces actions dans ses résultats particuliers, comme leur ensemble dans des résultats généraux.

Vous verrez encore la médication thermale soit dans ses actions préventives d'états morbides déterminés, soit complémentaire de traitements insuffisants, héroïque quelquefois, palliative au moins quand les guérisons sont interdites, — constamment, ou à bien peu de chose près, bienfaisante ou inoffensive, mais à deux conditions :

1° Que l'indication en soit légitime ;

2° Qu'elles soient judicieusement administrées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 février 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Paul Bert prie l'Académie de lui accorder un congé dont il est difficile de préciser la durée. Chargé par le gouvernement de la République d'aller pacifier les contrées de l'extrême Orient, sur lesquelles la France a étendu son protectorat, il ne veut pas s'éloigner de ses confrères et de ses amis, sans exprimer aux uns ses sentiments de gratitude, et aux autres ses sentiments d'affection. Il compte beaucoup, pour l'accomplisse-

---

perdue de vue, ô médecins ! lorsque vous écriviez que les maladies naissent des quatre humeurs, lesquelles cependant n'ont jamais eu rien de commun avec les éléments et les quatre ou les trois choses (*De origine morborum ex tribus substantiis*, I, 2). » En résumé, les mots sel, soufre et mercure n'ont pas, dans Paracelse, une signification précise, ils ne répondent à aucune substance réelle. Voici ce qu'on finit par comprendre dans son exposé alchimique. Ce qui brûle, il l'appelle soufre ; ce qui se volatilise ou se sublime, il l'appelle mercure (il ne saurait être question du vif argent) ; ce qui reste à l'état solide ou terreux, il l'appelle sel. Ces mots sont des termes génériques, il y a beaucoup d'espèces de sels, de mercures et de soufres.

Théophraste parle beaucoup des semences pour la formation et la réparation des parties du corps. Comme toujours, cette idée de semence, « matière première de toutes choses », est entourée de nuages et exprimée en termes bizarres. « Ce ne sont pas les éléments qui sont la cause des maladies, cette cause est la semence qui germe dans les éléments et s'y accroît jusqu'à la dernière essence et la dernière matière ; c'est ce qui nous fait croître nous-mêmes et de quoi aussi les maladies prennent accroissement. Cela même qui est accru est la maladie..... Le médecin doit savoir que les semences des maladies sont de deux sortes : la semence *iliastrum* et la semence *cagastrum;* en d'autres termes, toute semence, ou a été semence dès le principe, comme celle de la pomme, de la noix, de la poire, etc., et cette semence est dite iliastre ; ou elle est née de la corruption, et on lui donne le nom de cagastre... Ainsi, les maladies iliastres sont : l'hydropisie, la jaunisse, la goutte, etc.; les maladies cagastres sont la pleurésie, la

ment de la tâche qui lui a été imposée, sur l'emploi de la méthode scientifique ; c'est à elle surtout qu'il aura recours dans ses rapports avec cette Chine si savante et qu'on qu'on peut dire gouvernée en fait par l'Académie de Pékin. Lorsque l'œuvre de pacification sera en bonne voie, il appellera de jeunes savants pour le seconder, et pour montrer à ces nations lointaines la supériorité morale de notre pays. Il espère qu'ils seront, comme lui, heureux de servir à la fois la science et la France. — Il demande, dès à présent, la permission à l'Académie de recourir à ses conseils chaque fois qu'il en aura besoin, et il se flatte que l'illustre compagnie apprendra avec une bienveillante satisfaction l'heureux accomplissement, par un de ses membres, d'une œuvre pleine de difficultés, d'imprévu, et, pourquoi ne pas le dire ? de dangers. Quant à lui, il n'emportera d'Occident qu'un seul titre, qu'il fera figurer en tête de tous ses actes officiels, et c'est le titre de « membre de l'Institut ».

M. l'amiral Mouchez convie ses confrères à célébrer, le 26 février, le centenaire de la naissance d'Arago. La cérémonie consistera dans le couronnement du buste de l'ancien directeur de l'Observatoire, en présence des invités et des souscripteurs parisiens, ainsi que des délégués de province. Le soir, on se réunira dans un banquet à l'Hôtel-de-Ville.

L'inauguration de la statue monumentale, qui doit être érigée au boulevard Arago, est renvoyée à une époque ultérieure.

M. Debray dépose une note relative à la difficulté de trouver du phosphore ne contenant pas d'arsenic.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique invitant l'Académie à lui présenter une liste de deux candidats à la place laissée vacante au Bureau des longitudes par suite du décès de M. Serret.

M. Ed. Bureau, professeur de botanique au Muséum, expose à l'Académie qu'il a reçu de M. Balanza, une collection extrêmement intéressante de plantes recueillies au Tonkin et dans l'Annam.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique, en remplacement de M. Desains.

La section, par l'organe de son doyen, M. Fizeau, présente la liste suivante de candidats :

En première ligne : M. Lippmann ; en deuxième ligne, *ex æquo :* MM. H. Becquerel, F. Lucas, Le Roux ; en troisième ligne, *ex æquo :* MM. Bouty, Mercadier, Violle.

---

peste, les fièvres, etc. (*Labyrinthus*, chap. XI.) » — Cette conception des semences me fournit une transition aux influences causales dans la pathologie de Paracelse. Nous arrivons à l'*Archeus* et aux *Entia*.

L'Archée, Archeus, Alchimiste (venant soit de ἀρχή, commencement, autorité, soit de ἄρχειν, commander), à son siège dans l'estomac; il préside aux actes alchimiques, il sépare dans les aliments les principes nutritifs des principes vénéneux, donnant aux premiers la teinture nécessaire pour qu'ils soient assimilés. Archeus, l'alchimiste, équivaut et répond à la nature ; par sa puissance ; il produit tous les changements en bien et en mal. Archeus a une tête et des mains, c'est l'esprit de la vie ; il permet ou non l'exercice des opérations cachées. « La nature peut pécher quelquefois par la vertu appétitive. En effet, avant que Mars soit produit tout entier, Archeus entretient en soi par son ilech (*ilech*, principe occulte) une inimitié cachée contre le microcosme..... Mais le médecin ne doit point s'occuper de cela, car partout où Archeus simule du dégout et prend en haine sa nature et son propre ouvrage, le médecin, comme son ministre, ne peut réprimer cet éloignement archéique. En conséquence, il faut savoir que dans la manière de préparer les compositions, il arrive souvent qu'Archeus veut que son anatomie soit composée en une chose et point en une autre. (*De gradibus et compositionibus receptorum ac naturalium*, tom. VII, pars VII, Édition de Francfort, 1603). Dans cette obscurité, on trouve encore que l'Archée imaginaire n'est pas seul, chaque partie du corps a un estomac ou un alchimiste pour sa nutrition. Les fonctions sont expliquées par les archées et la force sidérale, la force dérivant des astres.

Sur 51 votants, M. Lippmann ayant obtenu 31 suffrages, contre 20 accordés à M. H. Becquerel, est proclamé élu.

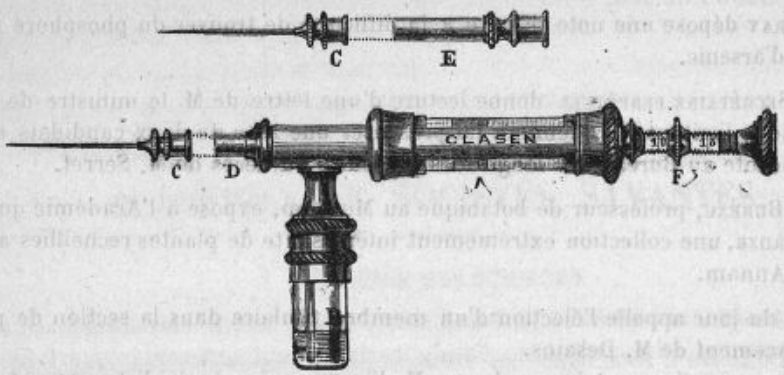
M. le docteur Leudet (de Rouen) lit une courte note sur la propagation de la tuberculose dans les hôpitaux, de laquelle il résulte que la contagion de la tuberculose n'est pas démontrée, ou que, du moins, elle est très restreinte.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie. — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nouveau modèle de seringue à injections sous-cutanées.

MM. Clasen, Gudendag et Cie, fabricants d'instruments de chirurgie à Paris, ont soumis à l'examen de l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, un nouveau modèle de seringue à injections sous-cutanées, dont l'idée leur a été suggérée par l'aspirateur-injecteur Delstanche. Dans cet instrument, le piston n'étant pas en contact avec le liquide à injecter, toute cause d'altération, soit du liquide, soit du piston, se trouve ainsi écartée.



Cette seringue est de la forme de celles que l'on emploie habituellement pour les injections hypodermiques. Elle en diffère en ce qu'un petit réservoir B, destiné à recevoir le liquide à injecter, se trouve adapté à l'extrémité du corps de pompe. — Grâce à cette

---

Le livre des êtres, fait partie du *Paramirum*. « Apprenez aussi qu'il existe cinq êtres (entia) par lesquels sont faites et produites toutes les maladies. Ces cinq êtres désignent cinq origines. Il y a cinq origines d'où sort une certaine origine respective, laquelle a assez d'efficacité en soi pour la production de toutes les maladies passées, présentes et futures (*Libellus prologorum*, II, 2). » Chaque *ens*, ou être, peut produire chaque maladie, il y a donc cinq pestes, cinq hydropisies, cinq jaunisses, cinq cancers, etc. Des feux quintuples régissent notre corps où le menacent.

« La vertu des astres s'appelle être des astres, (ens astrorum ou astrale). La deuxième vertu ou puissance qui nous remue violemment et nous jette dans la maladie est l'être du poison (ens veneni). A propos de cet être vous remarquerez que quoique l'être astral lui-même ait une influence salutaire sur nous et qu'il ne nuise en rien au corps, cependant l'être du poison peut nous être préjudiciable. Etant sous sa dépendance, il nous faut subir son influence et nous ne pouvons l'éviter. Il y a une troisième vertu qui abat et affaiblit notre corps, quoique les êtres dont on a déjà parlé aient sur nous une influence salutaire et favorable, c'est l'être naturel (ens naturale). Il est manifeste quand notre corps nous rend malades par son dérangement ou sa mauvaise complexion. C'est donc par lui que sont produites en grand nombre les maladies diverses, je dirai même toutes les maladies sans exception, quoique les autres êtres soient bien disposés. Le quatrième être s'entend de l'être des puissants esprits (ens de potentibus spiritibus), lesquels troublent et rendent malade notre corps d'après le pouvoir qu'ils en ont... Le cinquième être qui tous les autres étant dans de bonnes conditions, agit sur nous, est

disposition particulière, le liquide aspiré est entraîné dans le réservoir B par suite du déplacement de l'air, qui se produit lorsqu'on arme l'instrument.

Pour la facilité de l'application, l'extrémité D de la seringue est munie d'une rallonge mobile E, sur laquelle on fixe l'aiguille dans tous les cas où la manœuvre de l'opérateur pourrait être gênée par le réservoir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1886. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père.

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

A propos du procès-verbal, M. Dehenne communique la note suivante :

Je désirerais dire un seul mot au sujet du mémoire qui nous a été lu par M. Dubuc à l'avant-dernière séance.

Vous vous rappelez qu'il s'agit d'un malade à qui notre honoré collègue a fait prendre, pendant six semaines, 3 grammes d'acide borique par jour. Or, le *Journal de médecine de Paris* a publié, le 10 janvier, un travail du docteur Johnson (de Stockholm) concernant l'effet de l'*acide borique et du borax sur l'organisme humain*, et leur élimination de cet organisme.

L'auteur, faisant des recherches sur la question, a recueilli 11 cas d'empoisonnement par ces substances. Quant à lui, dans 12 cas qui lui sont personnels, il a donné l'acide borique à la dose de 0,90 à 3 gr. 60 par jour; celle de borax fut de 1 gr. 50.

Sauf une augmentation parfois très considérable de la diurèse, l'action, tant de l'acide borique que du borax, fut généralement peu sensible. Il survint cependant dans un cas (dose : 3 gr. 6), une intoxication par l'acide borique : fièvre, inappétence, rougeur érythémateuse vive, papules, etc. Quatre jours après, tout était rentré dans l'ordre. Un long usage interne de l'acide borique ne parut pas devoir être conseillé. Moladenkow a montré qu'un emploi imprudent de l'acide borique peut amener la mort. Il en cite deux cas.

M. de Beauvais fait remarquer que Bouchardat a signalé depuis longtemps l'action abortive et emménagogue du borax chez la femme.

Correspondance imprimée. — Elle comprend : Le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, le *Journal des Sages-Femmes*, le

---

l'être de Dieu (ens Dei)... Notez soigneusement que chacun de ces êtres a sous sa domination toutes les maladies. Et en ce sens, il y a cinq espèces de pestes, l'une venant de l'être de l'astre, l'autre de l'être du poison, la troisième de l'être naturel, la quatrième de l'être des esprits, la cinquième de l'être de Dieu. Il en est de même pour toutes les autres maladies et c'est à quoi vous devez faire attention et en conclure que les maladies viennent absolument de cinq principes et causes, et non d'un seul principe, comme jusqu'ici vous l'avez cru sans fondement et par une erreur palpable, en n'admettant qu'un être unique (*Prolog.* II, 4). » Les développements qui accompagnent cette exposition, vous prouvent comment Paracelse divague, parlant de tout sans règle, de la façon la plus bizarre. Je vous fais grâce de l'espèce d'air désigné sous le nom de grand M qui peut être souillé par l'émanation ou l'haleine des astres. Je ne reviendrai pas sur l'Alchimiste, sur l'Archée ; je passerai sur la fascination, les figures du Nécromancien qui font souffrir de tout ce qu'on fait à ces images. On a voulu trouver dans les divagations sur l'être astral, des données sur le milieu météorologique ; dans l'être du venin un aperçu des principes délétères mêlés à l'aliment ; dans l'être naturel, la force vitale ; enfin dans l'être spirituel l'influx magnétique, dans l'être de Dieu, une punition. Les rêveries de Paracelse auront de la peine à autoriser de telles réalités, mais dans ses écrits, il y a matière à soutenir des opinions même opposées. On est frappé par quelques lueurs soudaines, comme vous avez pû le voir, mais bientôt il est impossible d'être fixé, tout échappe au moment où on croit saisir quelque chose de vraiment raisonnable, ou de positif.

(*A suivre.*) Prof[r] Laboulbène.

©BIU Santé

Journal des Sociétés scientifiques, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de MM. les docteurs Géry et de Saint-Germain qui remercient la Société de leur avoir conféré l'honorariat.

Une lettre de M. le docteur Gillette, ancien secrétaire général de la Société, qui sollicite le titre de membre honoraire. (Comm. MM. Polaillon, Reliquet et Perrin, rapporteur.)

Un télégramme de M. Dubrisay, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. le docteur Durville, annonçant qu'il a découvert les lois physiques du magnétisme animal; elle est accompagnée d'un numéro du journal *Le Magnétisme* (Ordre du jour).

Sur la proposition de M. de Beauvais, la Société vote des remerciements aux commissaires du banquet, MM. Duroziez et Thevenot.

COMMUNICATION

M. Dehenne lit une note intitulée : *Sarcome de la choroïde*. (Sera publiée.)

M. Dubuc : A quel âge observe-t-on le sarcome de la choroïde?

M. Dehenne : De 25 à 40 ans. Le glyôme se montre avant l'âge de 7 ans.

M. Antonin Martin communique une observation de *fièvre intermittente hépatique*. (Sera publiée.)

M. Rougon : La communication de M. Martin me rappelle un malade dont voici l'observation :

M. X... se rend en 1885, *proprio motu*, à la station de Pougues pour ictère chronique et lithiase biliaire. Il est âgé de 48 ans; sa mère a eu la goutte, son père a été diabétique. Les premières attaques de coliques hépatiques remontent à 1853 et 1854. De 1854 à 1877, M. X... a été assez bien portant. De 1877 à 1879, il éprouve de fortes crises de coliques hépatiques avec ictère, et en octobre 1879, l'ictère est des plus prononcés. Légère amélioration en 1881. En mars 1882, fortes crises de coliques hépatiques qui se reproduisent en mai et en juin; l'ictère persiste depuis cette époque. Du mois d'octobre 1882 à la fin de novembre, le malade dit avoir éprouvé une série d'accès de fièvre avec frisson très violent; les accès avaient lieu dans l'après-midi et se présentaient tous les deux jours pour perdre ensuite de leur régularité.

M. X... a toujours habité Paris; il se présente à nous émacié, faible; les fonctions digestives sont languissantes. Les conjonctives et le tégument externe ont une coloration jaune safran. Quelques taches de purpura. Augmentation du volume du foie. La région hépatique est un peu douloureuse à la pression. Pas d'augmentation de volume de la rate. Selles décolorées. Lenteur du pouls. Rien à l'auscultation du cœur et des poumons.

Examen des urines à l'arrivée : Du 16 au 17 août, quantité des vingt-quatre heures, 1200 c. c.; densité, 1020; coloration acajou. Réaction légèrement acide; pas d'albumine; pas de glycose. Réactions caractéristiques des pigments biliaires.

Urée des vingt-quatre heures, 22 gr. 500; acide phosphorique, 2 gr. 45; chlorure de sodium, 7 gr. 20.

Le 23 août, à une heure de l'après-midi, nous sommes demandé près du malade qui vient d'être pris d'un violent accès de fièvre avec frisson des plus intenses. Pas de douleur à la région épigastrique et hépatique. T. 40°2; l'accès prend fin vers huit heures du soir, ayant parcouru les trois stades, celui de transpiration plus prolongée, avec sueur froide et visqueuse.

La quantité d'urine émise du début de l'accès au lendemain huit heures du matin, soit vingt heures, 800 c. c. Urée pour les 800 c. c., 7 gr. 200.

Le 24 août, pas de fièvre. T. 37°2. Quantité d'urine, du 24 au 25 août, à huit heures, 1200 c. c. Urée, 21 gr. 320.

Le 25 août, à une heure de l'après-midi, accès de fièvre. T. 40°1. Quantité d'urine, du 25 au 26, 700 c. c. Urée, 6 gr. 230.

Le 26 août, apyrexie; quantité d'urine, du 26 au 27 matin, vingt-quatre heures, 1100 c. c. Urée, 22 gr.

Le 27 août, accès de fièvre. T. 40°5. Quantité d'urine, 850 c. c. Urée, 4 gr. 320.

Le 28 août, apyrexie. T. 37°5. Quantité d'urine, du 28 au 29 au matin, 1150 c. c. Urée, 23 gr. 540.

Le 29 août, accès de fièvre. Quantité d'urine, 800 c. c. T. 39°2. Urée, 10 gr. 240. L'accès a été de moindre durée que les précédents.

Le 30, pas de fièvre. M. X... quitte Pougues pour regagner son domicile.

En résumé, accès vespéral, type tierce; frisson excessif; température élevée, avec diminution très sensible du chiffre de l'urée les jours de l'accès, tels sont les faits constatés.

Cette observation, bien mieux que celle que vient de communiquer M. Martin, nous paraît se rattacher à la fièvre intermittente hépatique décrite par M. le professeur Charcot et se rapprocher des observations de MM. Brouardel et Regnard. Le malade de M. Martin a eu ses accès de fièvre avec des crises de douleurs hépatiques, et nous sommes porté à les considérer comme des accès de fièvre symptomatique de la présence et de la migration de calculs biliaires.

M. Besnier : Qu'est devenu le malade de M. Rougon? L'angiocholite est très grave, et se termine par la mort au bout de trois ou quatre mois.

M. Rougon : Je ne sais ce qu'est devenu ce malade; mais il existait encore au commencement de 1884. Mon diagnostic ne serait pas celui de fièvre intermittente hépatique par angiocholite, mais bien de fièvre intermittente hépatique par stagnation et altérations de la bile, conséquences de l'oblitération des voies biliaires. Je ne crois pas que la terminaison soit toujours fatale pour cette dernière. Il y a eu des exemples de guérison ou d'échéance très prolongée; mais il est certain qu'il y a beaucoup plus à craindre dans ces cas de fièvre intermittente hépatique vraie que dans les cas de fièvre pseudo-intermittente biliaire, c'est-à-dire symptomatique de la présence et de la migration des calculs.

M. Besnier : Je demanderai à M. Rougon s'il fait de la diminution du chiffre de l'urée la condition indispensable du diagnostic de la fièvre intermittente hépatique.

M. Rougon : M. Besnier n'ignore pas que les observations de fièvre intermittente hépatique ne sont pas très nombreuses; MM. Charcot, Brouardel, Regnard, dans leurs observations, ont signalé et insisté sur cette diminution momentanée du chiffre de l'urée pendant l'accès, diminution correspondant à une grande élévation de la température. Je n'ai pas recherché la présence de la leucine et de la tyrosine. Mais le *pronostic* surtout me paraît pouvoir être éclairé par le dosage de l'urée, lequel dosage peut établir jusqu'à quel point la fonction désassimilatrice du foie se trouve entravée.

M. Duroziez : M. Rougon a-t-il donné le sulfate de quinine?

M. Rougon : J'ai administré du sulfate de quinine à mon malade. Il n'y a aucun inconvénient à le donner; il y a, au contraire, tout avantage; le praticien ne saurait hésiter en présence de ces accès qui révèlent l'allure d'accès pernicieux, et nous employons tous le sulfate de quinine dans la fièvre uro-septique.

M. Duroziez : M. Antonin Martin a également donné le sulfate de quinine, mais seulement à la dose de 0,60, et une seule fois. Quant à moi, en présence d'un malade qui a couru les colonies, qui a une grosse rate, j'aurais essayé le sulfate de quinine à la dose de 2 et 3 grammes. M. Martin nous a décrit une fièvre intermittente ordinaire; il s'y est joint des accidents du côté du foie, mais c'est là une complication toujours possible; le foie ne doit pas faire négliger la rate.

M. Martin : Les accès de fièvre intermittente observés chez mon malade ne m'ont pas paru justiciables du sulfate de quinine; le malade se refusait d'ailleurs absolument à en prendre une seconde dose.

M. Besnier : Il me semble qu'il y a une différence complète entre les deux malades de M. Rougon et de M. Martin. Le malade de M. Martin paraît avoir eu une fièvre *hépatalgique*, tandis que chez celui de M. Rougon, la fièvre paraît se rattacher à une *angiocholite intra-hépatique*. L'importance que M. Rougon attache à la diminution de l'urée est sans doute grande; mais, dans la fièvre hépatalgique, il y a, sinon diminution de l'urée, du moins augmentation de l'acide urique. Je ferai remarquer, en outre, que, dans la fièvre intermittente palustre, il y a le lendemain augmentation énorme d'urée : ce serait là un élément précieux de diagnostic.

Enfin, je crois que le sulfate de quinine était non seulement utile, mais formellement indiqué, car le sulfate de quinine peut guérir même les accès de fièvre hépatique.

M. le Président annonce à la Société qu'au concours ouvert par la Société médico-pratique, M. Deligny a obtenu une deuxième mention honorable pour son mémoire sur « l'anesthésie dans les accouchements ». Dix mémoires avaient été présentés.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Pellier.

COURRIER

Conseil général des Facultés. — Un décret du 28 décembre dernier ayant institué un conseil général des Facultés, les professeurs et agrégés en exercice ont été appelés, dans chacune des Facultés de médecine, à élire leurs délégués. A la Faculté de Paris, MM. Brouardel et Jaccoud ont été désignés pour ces fonctions. Le conseil général de l'Académie de Paris, qui s'est réuni le 3 février, a désigné comme vice-président M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et comme secrétaire M. Lavisse, professeur adjoint à la Faculté des lettres. Deux sous-commissions ont été désignées pour étudier la question des bibliothèques universitaires et celle des cour libres. Le conseil se réunira le quatrième vendredi de chaque mois. — A Montpellier, MM. Moitessier et Grasset ont été désignés par la Faculté de médecine.

École de médecine de Limoges. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1884-1885 :

Élèves en médecine. — Première année : prix, M. Louis Léonet. — Deuxième année : prix, M. Jean Decoux. — Troisième année : prix, M. Léonard Freysselinard.

Élèves en pharmacie. — Première année : prix, M. Georges Cardin; mentions honorables, MM. Eugène Cordier et Joseph Vallet. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Alfred Manières.

Prix des travaux pratiques et manipulations. — Première année : premier prix, M. Léon Picaud; deuxième prix, M. Georges Cardin. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Gabriel Cluzeau.

Nécrologie. — On annonce la mort des docteurs Gélusseau, de Nantes, qui a légué une somme de 1,000 francs à la caisse de l'Association des médecins de France; Drouet, de Malakoff; Pruvot, de Flixecourt; Damon, Saint-Just (Loire); Cartron, de le Gua; Briend, à Plœuc (Côtes-du-Nord), mort à 76 ans, après 49 ans d'exercice; Verdet, d'Avenay; Baudin, médecin à Sampuis (Marne); Vincent, d'Ay (Marne); à Marseille, M. Marc Goguillot, élève des hôpitaux, vient de mourir de la variole contractée au chevet d'un malade; M. le professeur Santesson, de Stockolm; M. le professeur de physiologie à l'Université de Zurich, docteur Luchsinger; M. le professeur Gaetano Valtorta, à Venise; M. le docteur Bonneric, de Limoux (Aude), qui vient de succomber à la fièvre typhoïde.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Trélat : Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. — II. Lettres de Belgique. — III. Bibliothèque : De la néphrite consécutive à l'épithéliome utérin. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Trélat.

Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte

Leçon clinique recueillie par le docteur Gérard Marchant,
Chef de clinique chirurgicale.

J'ai pu réunir cinq observations de retrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. C'est en me basant sur ces faits recueillis à différentes époques que je vais esquisser l'histoire clinique de ces rétrécissements chez l'adulte.

I. — Le 21 octobre dernier (1885) entrait, dans nos salles, une femme de 51 ans qui présentait des phénomènes d'obstruction intestinale. Le passé de la malade ne vous offrirait qu'un médiocre intérêt; retenez qu'elle n'a jamais eu de syphilis et qu'elle n'en présente aucune trace. Elle raconte que, depuis huit ans, elle est sujette à une constipation habituelle, n'allant à la garde-robe que tous les quatre ou cinq jours, et grâce encore à des lavements. Dès le début, les selles étaient douloureuses, sanguinolentes et l'introduction de la canule n'était pas sans difficulté. La malade vécut ainsi longtemps avec des alternatives de diarrhée et de constipation.

Il y a dix-huit mois, il se produisit une véritable hémorrhagie rectale qui cessa spontanément pour ne plus reparaître; mais les selles devinrent glaireuses, s'accompagnant de ténesme, d'épreintes. Un amaigrissement prononcé suivit de près ces accidents, la malade surveillant sa nourriture pour échapper aux garde-robes devenues pénibles.

Le 10 octobre dernier, elle était prise de phénomènes d'*obstruction* intestinale, après une absence de garde-robes pendant vingt-quatre jours; elle nous fut alors adressée par notre jeune collègue, le docteur Landouzy.

Je l'examinai le 30 octobre et je reconnus, à 4 ou 5 centimètres environ de l'anus, un rétrécissement étroit et serré. Cette femme était encore forte et vigoureuse, et le degré de constriction, la résistance ano-rectale étaient tels que je dus commencer la dilatation : la canule n° 6 (6 millimètres de diamètre) put franchir l'obstacle, et, après quelques jours, le toucher rectal me révéla d'une façon nette, évidente, un rétrécissement étroit, valvulaire, mince, en faucille ou en diaphragme, appréciable surtout sur la paroi postérieure du rectum et situé à 4 centimètres de l'orifice anal.

Grâce à la dilatation qui permet aujourd'hui le passage facile d'une canule de 22 millimètres de diamètre, tous les troubles accusés par la malade ont complètement disparu.

Nous pourrions nous borner à ce simple diagnostic : *rétrécissement du rectum;* mais, pour moi, il s'agit d'un rétrécissement congénital du rectum. Votre malade, objectera-t-on, a 51 ans, et il est étonnant de voir une malformation congénitale amener des accidents à une époque aussi tardive. Nous verrons plus loin ce que vaut l'argument.

Je dis qu'il s'agit d'un rétrécissement congénital, et ma raison est courte, démonstrative, c'est la forme *valvulaire, coupante du rétrécissement* qui ne se retrouve que dans ces cas.

Les rétrécissements du rectum reconnaissent des causes diverses. Sans parler des cancers ni des tumeurs du bassin, en nous bornant strictement aux rétrécissements, on voit que tantôt ils succèdent à une plaie de la

région ano-rectale, que celle-ci reconnaisse pour origine une déchirure pendant l'accouchement ou une lésion par une blessure quelconque, chirurgicale ou accidentelle; de là une première classe de rétrécissements, les *rétrécissements traumatiques*.

Dans un second groupe nous rangerons les rétrécissements *ulcéro-cicatriciels;* ces rétrécissements, suite d'ulcères, forment un contingent considérable de faits; on les observe à tous les âges et dans les deux sexes : chez les femmes ils succèdent le plus souvent à des écoulements vaginaux, vulvo-utérins, bientôt devenus anaux et rectaux.

Les rétrécissements connus sous le nom de syphilome ano-rectal forment la grande classe des *rétrécissements syphilitiques*.

Il y a enfin les *rétrécissements congénitaux;* ce sont les seuls dont je m'occuperai, ne visant ici que les accidents qu'ils produisent chez l'adulte.

Il y a un fait bibliographique bien frappant : depuis cinquante ans, on a fait l'histoire embryogénique des rétrécissements congénitaux du rectum; on a accumulé preuves sur preuves, et ce point de vue de la question repose sur des démonstrations irréfutables; mais si de l'embryogénie on passe à l'histoire clinique, si on recherche ce que deviennent les malades, quel est leur avenir pathologique, les renseignements manquent presque absolument.

Ces rétrécissements valvulaires ont été étudiés par Dubreuil et Benoît (de Montpellier); Maslieurat-Lagémard, Nélaton les ont signalés. En 1878 paraissait un mémoire intéressant de Reynier dans lequel vous trouverez trois faits concluants, quoique simples dans leur évolution : mais dans aucun ouvrage de chirurgie il n'existe de description didactique de cette variété de rétrécissements.

L'origine embryogénique de ces rétrécissements valvulaires n'est plus discutable. Je sais bien que mon collègue, M. Lannelongue, les attribue, dans quelques cas, à la dysenterie, qui amènerait un prolapsus et des altérations, suivies de coarctation; théorie à laquelle Eugène Bœckel répond que si ces enfants *poussent,* c'est parce qu'ils ont un rétrécissement congénital, que ces efforts créent un prolapsus contre lequel la vraie ressource thérapeutique est la dilatation.

Je laisse donc de côté, sans insister davantage, l'histoire embryogénique de ces rétrécissements; mais je veux les étudier chez l'adulte, vous permettre de remonter à leur origine congénitale, par l'examen de certains de leurs caractères, les suivre enfin dans leur évolution pathologique chez l'adulte : ainsi comprise, la question est neuve.

Depuis six ans, j'ai recueilli cinq observations qui se rapportent à des rétrécissements congénitaux du rectum; deux existaient chez les hommes, les trois autres ont été observés chez des femmes : sans vouloir conclure d'un trop petit nombre de faits, nous retrouvons la plus grande fréquence des rétrécissements congénitaux chez la femme; cette remarque a été faite pour les rétrécissements pris dans leur ensemble, beaucoup plus souvent observés chez la femme que chez l'homme.

L'âge de nos cinq malades est des plus variables : c'est à 29 ans pour l'un, à 30 ans, 40 ans, 51 ans, 56 ans, pour les autres, que leur rétrécissement congénital a été observé. Cette origine congénitale est incontestable dans deux cas, probable dans un troisième.

Parcourons ensemble ces observations dans ce qu'elles ont d'essentiel : je ne reviens pas sur l'histoire de notre première malade.

II. — Le deuxième cas de rétrécissement congénital que j'ai à vous citer est celui d'un homme de 35 ans, que j'ai observé à Necker le 20 novembre 1883 : il était couché au n° 11 de la salle Saint-Pierre.

A sa naissance, le malade avait *une imperforation complète de l'anus*.

Deux ou trois jours après, un médecin pratiqua une ouverture.

Pendant toute sa vie, le malade n'a pu aller à la garde-robe qu'avec des lavements répétés.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, il resta dans sa famille, où il recevait des soins assidus; aussi son état était-il supportable et aucun trouble grave ne se manifesta.

A cet âge, il quitta les siens et, peu à peu, il cessa de prendre d'une façon régulière les lavements auxquels il était habitué. Il n'y revenait qu'après des périodes plus ou moins longues, quand il se sentait gêné par une forte constipation; alors, par des lavements répétés, il obtenait une débâcle, était soulagé pour quelque temps; puis les choses revenaient bientôt au même état, et la même série de constipation et de lavements recommençait.

Vers l'âge de 19 ans, il remarqua que son ventre commençait à grossir; cette augmentation s'accrut lentement et à chaque évacuation il remarquait une légère diminution de volume du ventre, mais jamais complète, et malgré ces quelques améliorations passagères, il arriva à l'âge de 22 ans avec un ventre énorme. A cette époque, en effet, il mesurait 2 mètres de circonférence.

Il consulta alors un médecin, et, à force de lavements, de purgatifs répétés, il finit par avoir une débâcle à la suite de laquelle le ventre reprit son volume normal. Mais les parois abdominales étaient devenues flasques, flottantes, et devaient être soutenues par un bandage de corps.

Il se soumit alors au régime des lavements quotidiens, les purgatifs n'ayant plus d'action et ne pouvant faciliter les selles.

Il y a trois ans environ, son ventre recommence à gonfler. En décembre 1882, il avait atteint une circonférence de 2 mètres 15. Pas de douleurs; pas de vomissements; pas de diarrhée. Nouvelle série de lavements et débâcle.

Depuis cette époque, il a souvent des périodes de constipation où son ventre se ballonne très rapidement, surtout du côté gauche; puis des émissions gazeuses et des selles obtenues par des lavements font disparaître cet état. Par instants, il éprouve des besoins impérieux d'aller à la garde-robe et, avant d'avoir pu se retenir, il expulse quelques gouttes d'une matière liquide et glaireuse; le ténesme est très douloureux.

Depuis le mois de décembre dernier, il a donc traversé cette période que nous venons de raconter, et il a sensiblement maigri. Depuis deux mois surtout, son amaigrissement a été notable.

Le malade entre dans le service de M. Rigal le 29 septembre, et passe dans nos salles le 20 novembre 1883.

État actuel. — Émaciation extrême; pâleur qui lui donne l'aspect extérieur d'un phthisique. Dos très voûté; cyphose dorsale très prononcée; en même temps, thorax très saillant en avant et très large, ce qui frappe en raison de l'applatissement du ventre.

L'abdomen est couvert de vergetures, affaissé; la peau est molle, flasque, sans tissu adipeux; on peut la saisir et la soulever en faisant un large pli.

La paroi musculo-aponévrotique est aussi très flasque, ce qui permet de pénétrer profondément avec la main sous le rebord des fausses côtes sans qu'il soit possible d'y sentir le foie et la rate. L'abdomen retombe sur les flancs et lui donne l'aspect d'un ventre de batracien.

Par la percussion, le foie est très difficile à délimiter; mais, ce que l'on peut affirmer, c'est que le foie est petit et occupe une situation très élevée, son bord inférieur étant au niveau du mamelon.

On ne peut trouver de matité splénique.

Au niveau de la région lombaire, on peut par la palpation reconnaître les deux reins. Ils sont peu ou point mobiles, et la pression détermine une légère douleur que le malade compare au point de côté déterminé par la course.

Le toucher rectal est douloureux; il existe, du reste, une légère rectite.

A 4 ou 5 centimètres de l'anus, on sent un rétrécissement pouvant sans peine admettre la première phalange de l'index; c'est donc une ouverture encore assez large; le rétrécissement est très court; en avant et à gauche, il est comme un peu tranchant; en arrière et à droite, sa longueur semble être de 6 à 7 millimètres, et également saillant. Il forme un véritable diaphragme.

La muqueuse est saine à son niveau et il n'existe pas d'ulcérations.

Perdu de vue, dans le même état, après un séjour de plus de six mois dans le service.

III. — Homme de 56 ans, entré à Necker le 1er février 1882, salle Saint-Pierre, lit 46. — Constipation habituelle durant sa jeunesse; pas de blennorrhagie, ni de syphilis. Vers l'âge de 25 ans, formation d'un abcès à la marge de l'anus, établissement de fistules qui persistent depuis ce temps.

Depuis quinze ans incontinence des matières fécales sans coliques; diarrhée presque continuelle.

Depuis cinq à six ans les urines sont parfois très fortement colorées; jamais de rétention, mais douleurs très vives à la fin de la miction, depuis un mois environ.

Etat général très mauvais depuis deux mois. Etat actuel : Homme émacié, orbites excavés, teinte jaunâtre terreuse de la peau. Etat grave et menaçant. Langue sèche et noirâtre au milieu, humide sur les bords (langue urinaire).

Anus : *excroissances polypiformes sur la marge au nombre de trois : orifices de fistule situés sur le côté gauche, l'un en arrière, l'autre en avant, le troisième au milieu : des stylets introduits dans ces orifices viennent aboutir à un point commun à 1 centimètre 1/2 environ de la marge : la muqueuse, un peu décollée au-dessus, permet au stylet de faire fausse route, et ferait croire d'abord à une fistule borgne externe.*

Toucher rectal : à 3 centimètres 1/2 environ, on trouve un rétrécissement annulaire, très régulier, mince, à bord tranchant, admettant le doigt indicateur.

Au-dessus la muqueuse est lisse, le rectum dilaté. — Prostate normale.

Au-dessous on trouve sur le côté gauche et en avant des bourgeons arrondis, un peu durs, saignant facilement, ils sont mobiles avec la muqueuse, sans plaque d'induration à leur base (bourgeons formés autour des orifices internes des fistules).

Exploration des voies urinaires. Pas de rétrécissement uréthral. Vessie dilatée sans corps étrangers, ni saillie des lobes de la prostate. Douleurs à l'hypogastre. Pas de douleurs rénales. Pas d'albumine ni de sucre; urines noirâtres.

Le malade raconte qu'il y a quelques années il aurait rendu des gaz et des matières grisâtres par l'urèthre, on ne trouve actuellement aucune lésion qui puisse expliquer ce fait douteux.

Affaiblissement graduel. Mort.

Autopsie. — 1° Tube intestinal. — Colon descendant et rectum remplis de gaz et de matières fécales; leur paroi est friable et paraît chroniquement enflammée, la muqueuse est grisâtre, ardoisée.

A 4 centimètres au-dessus de la marge de l'anus, se trouve un rétrécissement purement muqueux, formant sur la paroi antérieure une bride, qui limite une dépression valvulaire regardant en haut et pouvant admettre l'extrémité de l'indicateur.

Au-dessous du point rétréci la surface muqueuse est irrégulière, présente des orifices fistulaires, communiquant avec l'extérieur.

On ne trouve aucun néoplasme, ni ulcération sur la muqueuse.

2° Voies urinaires. — Reins normaux, un peu congestionnés. Uretères normaux sans dilatation. Vessie petite, épaisse, retractée derrière le pubis. Urèthre, sans rétrécissement.

Au niveau de la portion membraneuse, à 2 centimètres en avant du verumontanum, existent de larges orifices, séparés les uns des autres par des brides étroites.

La sonde cannelée enfoncée dans l'orifice médian, pénètre directement dans le rectum, au niveau de la valvule, indiquée plus haut, dans l'enfoncement qu'elle limite.

Les autres orifices s'enfoncent, à droite et à gauche dans le tissu cellulaire, situé au-des-

sous de la prostate, entre l'urèthre et le rectum. Ce tissu est lardacé, chroniquement enflammé.

IV. — Femme de 30 ans, entrée le 7 juillet 1882, à la Sainte-Marie à Necker. — Elle fut d'abord reçue dans le service de M. Potain, pour des selles sanglantes, et des douleurs abdominales : on reconnut un retrécissement du rectum, et elle passa dans mon service.

Les accidents dont se plaint cette malade remonteraient à un peu plus de deux ans : à cette époque elle fut observée par M. Marey, qui attribua les selles sanguinoso-purulentes, à la dysenterie. — La constipation succéda à cette diarrhée : les matières devinrent de plus en plus effilées, et les selles peu abondantes, et très douloureuses.

Je constatai une fistule, et une fissure anale ; un sphincter encore résistant, et un *rétrécissement : à 3 centimètres environ de l'anus et sur la paroi postérieure, existait un diaphragme fibreux, laissant pénétrer l'extrémité de la phalangette : il n'y a aucune tumeur, ni dans le rectum, ni dans le vagin.*

La malade n'a jamais eu de syphilis. — Guérison de la fissure et de la fistule. — La malade quitte l'hôpital.

V. — Il s'agit, dans cette dernière observation, d'une femme de 40 ans, que j'avais déjà soignée à Necker en 1881, et qui est venue mourir à la Charité en février dernier. (Salle Sainte-Catherine, 13.)

Le début de l'affection pour laquelle elle entra à l'hôpital, remonte à cinq ou six ans.

Mais dès sa jeunesse, « *elle a été sensible du rectum* » nous dit-elle : Cette sensibilité se traduisait par des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation : très souvent elle avait des épreintes, du ténesme : cependant les matières fécales étaient normales, et suffisantes.

Il y a six ans environ, la constipation s'est accentuée : les selles sont devenues pénibles, et duraient quelquefois un temps très long.

Il y a quatre ans, la malade est à ce point incommodée par ces symptômes qu'elle entre dans mon service à Necker. Je constatai alors *un rétrécissement mince et très serré du rectum, siégeant à quelques centimètres de la marge de l'anus, et admettant la pulpe de l'index.*

A la suite d'une tentative de dilatation, la malade fut prise d'accidents péritonéaux des plus intenses, et ce n'est qu'à force de soins, et après une longue période de souffrances, qu'elle revint à la santé : mais on dut abandonner la dilatation.

La malade quitta l'hôpital et vécut pendant quatre ans, avec une constipation opiniâtre, une difficulté considérable dans l'expulsion de ses matières fécales : de temps à autre une débâcle venait apporter un peu de soulagement.

A la longue la malade a été prise de dyspepsie intense, d'hypochondrie ; et la constipation s'exagérant de plus en plus, elle entre à la Charité, dans mon service, le 18 février 1885, réclamant une opération.

Je passe sur l'état d'amaigrissement de la malade, et sur sa faiblesse.

Au toucher rectal, *je constate un rétrécissement serré, dur, calleux, régulier, circulaire, n'admettant même pas la pulpe de l'index ;* je l'atteins facilement en introduisant les deux premières phalanges ; saignement nul, même après plusieurs explorations ; il est fibreux, peu douloureux. A la sortie du doigt, écoulement d'un liquide sanieux et fétide.

Le 12 mars, on fait une tentative de dilatation avec la bougie n° 8 (8 millimètres de diamètre). La bougie, introduite *avec prudence*, pénètre assez facilement, et la malade n'accuse qu'une douleur médiocre ; la bougie ne fut laissée en place que pendant deux minutes. Mais, dès le soir, la malade était prise de douleurs abdominales, de vomissements porracés le lendemain, et de 40 degrés de température.

Pelvi-péritonite considérable du cul-de-sac recto-utérin ; ces accidents persistent avec une égale intensité jusqu'au 27 mars. Ce jour-là, issue par le vagin de pus, de tissu cellulaire modifié, en grande abondance ; odeur gangréneuse des plus accusées.....

Je passe sur la succession des accidents. Malgré tous nos soins, les lavages et les bains antiseptiques, la malade succombait le 30 avril à une septicémie à marche lente.

A l'*autopsie*, nous trouvons des lésions inflammatoires disséminées dans le poumon, une néphrite interstitielle double, et, du côté du petit bassin, une pelvi-péritonite chronique, suppurée, développée autour du rectum, sans communication avec lui, et ayant amené une perforation de la paroi postérieure du vagin, à 4 centimètres environ du bord libre des grandes lèvres.

Un point capital me semble ressortir de la lecture de ces observations : je vous ai montré les rétrécissements bien évidemment d'origine congénitale; ils se présentent toujours au toucher sous forme de rétrécissements valvulaires. Dès lors, n'est-on pas autorisé à regarder comme congénitaux les rétrécissements valvulaires, minces, coupants, ainsi constitués? C'est une induction qui me semble bien légitime, surtout en tenant compte de la forme anatomique qui est absolument différente dans tous les autres rétrécissements. Ces derniers sont, en effet, variables, irréguliers, obliques, longitudinaux, gauffrés, partiels, ou bien, comme dans la syphilome, épais, durs, volumineux.

Je voudrais pouvoir mettre sous vos yeux un plus grand nombre de documents encore, pour entraîner votre conviction; il serait facile, je crois, de colliger 50 ou 60 observations de ce genre. Ce travail serait des plus intéressants, et j'espère qu'il tentera l'un de vous. D'ailleurs, je me borne ici à mon observation personnelle.

J'admets donc comme suffisamment prouvé que les rétrécissements valvulaires, minces, réguliers, sont d'origine congénitale. Leur siège a aussi quelque chose de particulier; ils sont distants de l'anus de 3 à 5 centimètres; ils répondent, en effet, au point où s'est effectué la rencontre, la soudure du cul-de-sac rectal avec la dépression cutanée.

Les troubles fonctionnels et les désordres que ces rétrécissements produisent paraissent à des époques de l'existence bien variables, et il peut sembler embarrassant d'expliquer comment une lésion congénitale reste silencieuse pendant de longues années. Je trouve 51 ans, 19 ans, 25 ans, 28 ans, 35 ans comme époque d'apparition de ces troubles.

Que de variétés encore dans le mode de début! Tantôt il s'agit d'un sujet qui arrive jusqu'à l'âge de 43 ans sans avoir éprouvé la moindre irrégularité dans son fonctionnement intestinal; tantôt on retrouve, dès l'enfance, des phénomènes passagers, fugitifs, intermittents, qui ne deviennent graves qu'à une époque plus éloignée; dans une troisième catégorie, on peut ranger les individus sur lesquels pendant toute la durée de l'existence, ont pesé plus ou moins gravement des désordres intestinaux.

Pourquoi les manifestations ne sont-elles pas continues avec une lésion persistante? Je n'en sais rien, quant au fond de l'explication; mais est-ce là une exception? N'y a-t-il pas d'autres affections d'origine congénitale qui ne se développent, ne s'accentuent et ne parlent qu'à l'âge adulte? Est-ce que les kystes de la queue du sourcil, les grenouillettes congénitales, les kystes dermoïdes du ligament large ne sommeillent pas longtemps, pour grandir et se manifester de 15 à 25 ans? Cette loi de pathologie générale se retrouve dans les affections du cœur : la lésion d'orifice est contemporaine du rhumatisme; mais elle ne devient maladie que plusieurs années après, au moment où les organes, les appareils ont perdu de leur activité physiologique, et où la suppléance s'établit incomplètement..

En appliquant ces données au rétrécissement congénital du rectum, il

est aisé de comprendre que, pendant la période jeune, qui suit sa formation, il est *simple, extensible, sans nulle induration, peut-être même moins serré, moins étroit qu'il ne le sera plus tard.* Les muscles abdominaux ont toute leur vigueur, et les sécrétions intestinales, biliaires, pancréatiques, sont abondantes; ne sont-ce pas là toutes les conditions physiologiques d'une défécation facile? Mais que survienne, sous l'influence des progrès de l'âge, une induration de la valvule, que le muscle faiblisse, que la paroi intestinale soit moins lubréfiée, le bol fécal moins ramolli, et la lésion, jusque-là innocente, va engendrer un trouble de plus en plus accusé.

On peut donc comprendre, jusqu'à un certain point, comment ces rétrécissements peu serrés, mais réels, ne donnent lieu qu'à des troubles insignifiants et passent inaperçus dans l'enfance.

A une période plus avancée, ces lésions entraînent une série d'accidents inflammatoires parmi lesquels je relève des abcès et des fistules consécutives. Le siège de ces fistules est constant; elles sont situées au-dessus du rétrécissement, et ne reconnaissent d'autre origine que la lésion valvulaire elle-même.

Cette complication est fréquente, mais il en est d'autres plus graves, dont le processus est le même : la gêne opposée aux matières fécales par le rétrécissement, les modifications de la muqueuse rectale au-dessus de la valvule créent un état inflammatoire constant, qui aboutit à la péri-rectite, à des adénites, à des phlegmons gangréneux du petit bassin : je vous citais, enfin, des cas de néphrite interstitielle, d'hépatite scléreuse qui semblent consécutives à ces phlegmasies péri-rectales.

Il faut donc s'habituer à faire le diagnostic de ces rétrécissements congénitaux, non pas à une période tardive, et alors que le malade a déjà des phénomènes de forte gêne intestinale : quel mérite y a-t-il, en effet, à pratiquer le toucher rectal lorsque la constipation est déjà opiniâtre, à reconnaître l'obstacle, et à instituer un traitement? Non, il y aurait grand intérêt pour le malade à ce que son rétrécissement fût diagnostiqué dans les premières périodes de la lésion, au début de la coarctation, car cette affection est d'autant plus grave par elle-même et par la thérapeutique qu'elle réclame, qu'elle est plus ancienne. Il faut donc, toujours, se méfier de ces lésions d'orifices, pratiquer le toucher rectal au moindre indice de gêne; c'est un précepte sur lequel j'ai bien souvent insisté dans mon enseignement, et que je pratique moi-même, presque jusqu'à l'*indiscrétion*, vous dirais-je, si je n'appréciais de plus en plus la grande importance de cette recherche.

Le pronostic est grave, puisque sur cinq malades dont je vous ai présenté l'histoire, deux sont morts. — Grave par lui-même, par les accidents quelquefois mortels qu'il entraîne, le rétrécissement l'est encore par le traitement qu'il nécessite : en voici deux preuves.

— En 1860, je vis venir à Saint-Louis, une femme jeune et belle, chez laquelle je trouvai un retrécissement rectal valvulaire, assez serré : l'introduction du dilatateur de Nélaton fut suivie d'accidents inflammatoires graves, d'adénites suppurées dont la malade guérit difficilement avec de larges et pénibles cicatrices inguinales.

Rappelez-vous encore le sort malheureux de la malade de l'observation V, à Necker. Une simple tentative de dilatation donna lieu à des accidents péritonéaux : quelques années plus tard, à la Charité, un nouvel essai fait

avec une canule de 8 millimètres de diamètre, entraînait un phlegmon gangréneux du petit bassin qui emportait la malade !

J'ai tenu à appeler votre attention sur ces rétrécissements congénitaux du rectum, chez l'adulte : vous retiendrez leur évolution quelquefois lente, leur pronostic toujours sérieux surtout à une période tardive de la lésion, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce ou sûrement d'une thérapeutique chirurgicale non moins précoce, mais dont la méthode et les procédés sont encore à déterminer. Ainsi compris, le sujet est neuf, certainement incomplet, et appelle de nouvelles recherches.

Lettres de Belgique.

Tout le monde sait ce qu'est la *Colonie de Gheel*, ce village de la Campine belge, région de langue flamande, où les aliénés vivent en liberté, au milieu du reste des habitants, dont ils sont les pensionnaires ou les commensaux. Ceux-ci sont traités, au sein de leur famille nouvelle, avec un soin et souvent une tendresse dont on serait porté à s'étonner, si l'on ne savait qu'ils constituent la matière première de la seule industrie du village et que la population est accommodée depuis plus d'un siècle à cet étrange service. On ne lui reprochait jusqu'ici qu'une chose : les aliénés wallons, ne pouvant se faire comprendre dans une langue étrangère pour eux, n'y étaient pas aussi heureux que les autres. Qu'y faire? Créer une colonie dans un village situé en province wallone? Il semblait téméraire d'y songer.

Rappelons, en effet, ces mots de M. Henri de Varigny déclarant encore, il n'y a pas bien longtemps, dans la *Revue des Deux-Mondes*, qu' « *il faut des siècles pour créer un « Gheel* », et confessons, en même temps, qu'il y a quelque quinze ans, nous tenions à peu près le même langage, dans un travail publié par l'*Officiel*, de Paris, sur ce sujet.

Eh bien, il a suffi du premier choc pour briser ce vieux cliché. Il n'a fallu que quelques mois pour créer, en pays wallon, une colonie d'aliénés qui a déjà, dès à présent, fourni ses preuves de vitalité. Depuis longtemps, un homme de cœur, M. Oudart, inspecteur général des établissements d'aliénés du royaume, méditait un projet de colonisation, similaire de ce qui existe à Gheel, et ce fut à la Députation permanente de Liège qu'après avoir échoué dans d'autres provinces il s'adressa pour en obtenir la réalisation. Là il réussit : au printemps de 1884, des membres de cette Députation se rendirent à Lierneux (Liège), pour s'enquérir des ressources de cette commune et de la possibilité d'y réaliser leur projet. La localité leur convint; ils y avaient trouvé, en réalité, des conditions d'hygiène exceptionnelles, une situation topographique excellente, un bon air, un régime sain, une quiétude jamais troublée, des habitants aux mœurs patriarcales, pouvant entourer les infortunés de soins paternels, et leur parler le wallon et le français.

Malgré une assez vive résistance de la part de la population, quelques aliénés ne tardèrent pas à être internés dans des maisons particulières; le 19 avril, quatre nouveaux hôtes étaient transférés de Gheel à Lierneux, et M. Behoux, le bourgmestre actuel, — son prédécesseur, qui était de l'opposition, avait dû lui céder la place, — prêchait d'exemple en se chargeant du plus difficile d'entre eux. Les malades, tous Wallons de la province de Liège, vivaient exempts de soucis, heureux de retrouver leur ancien régime, leur langue, leurs mœurs; le résultat ne laissait rien à désirer. Aussi, dans sa séance du 7 janvier 1885, le Conseil provincial n'hésita-t-il pas à adopter la délibération suivante de la Députation : « Il est créé, dans la commune de Lierneux, une « colonie wallonne d'aliénés, à l'instar de celle qui existe dans la commune de Gheel. « La Députation permanente prendra les mesures nécessaires à ce sujet et arrêtera un « règlement provisoire. Un crédit de 5,000 francs est mis à sa disposition pour faire « face aux premiers frais d'établissement. » En février 1885, la colonie de Lierneux, considérée jusque-là comme une succursale de Gheel, fut reconnue établissement distinct, et un comité permanent institué en vue de son inspection et de sa surveillance.

« Ce comité, lisons-nous dans l'*Etoile belge* du 23 septembre, a été installé le 18 avril 1885, et, depuis, la colonie n'a fait qu'accroître sa prospérité. Elle reçoit directement aujourd'hui des pensionnaires aisés. Les malades, au nombre d'une centaine, sont répartis dans toutes les familles. Lierneux s'est accoutumé à ses nouveaux habitants, complètement confondus avec les anciens, car ils ne portent aucun uniforme distinctif, ce qui constitue un réel progrès sur Gheel. Il est presque impossible de les distinguer des cultivateurs de l'endroit, dont ils partagent les travaux et les plaisirs. Ils circulent librement dans les rues, vont au cabaret ou à l'église, au gré de leur fantaisie. Leurs nourriciers ne les considèrent pas seulement comme des membres de la famille, mais encore comme des enfants malheureux auxquels on réserve les plus délicates attentions.

« Une infirmerie provisoire reçoit les malades qui réclament des soins spéciaux ou une surveillance plus sévère. Ce local, bien que très convenable, sera prochainement remplacé par un nouvel asile, organisé selon le vœu des plus récents progrès de la médecine et de la science.

« Un personnel nombreux de gardes et de surveillants visite presque journellement les malades, prévient tout abus et s'assure de la parfaite exécution de toutes les prescriptions. Un jeune médecin, M. Pironet, tout dévoué à son œuvre, est attaché à l'établissement. Le secrétaire-directeur, enfin, parcourt fréquemment la localité pour donner le coup d'œil du maître et veiller au bon ordre de toute chose. De plus, le Comité de surveillance, dont nous avons parlé plus haut, opère de fréquentes visites et porte ses investigations sur tous les points. Aucun accident, aucun sévice, aucun abus n'est donc à craindre; bref, tout est pour le mieux dans la meilleure des colonies d'aliénés. »

*
* *

Grand et légitime émoi dans le monde médical bruxellois : le Conseil des hospices, par l'organe d'un de ses membres, était venu annoncer, il y a quelques semaines, au Conseil d'administration de l'Université libre, que tout le personnel médical des hôpitaux, y compris les professeurs de clinique, allait être remplacé, en application d'un règlement élaboré il y a cinq ans, qui avait passé inaperçu, et qui établissait qu'à l'avenir le mandat des médecins ayant plus de vingt années de services ne pourrait plus être renouvelé. Et, en effet, en vertu de cette décision, tous les services de clinique, sauf celui d'ophthalmologie, dont le chef n'est en fonctions que depuis peu d'années, viennent d'être décapités. Cette mesure, qui atteint les professeurs Crocq (clinique interne), Deroubaix (chirurgie), Henriette (enfants), Hyernaux (accouchements), Thiry (mal. syphilitiques), auxquels l'Université de Bruxelles doit sa renommée, et qui, à ce titre, semblaient devoir y échapper, a été mise à exécution le 1er janvier dernier, malgré les véhémentes protestations qui en ont accueilli l'annonce.

Vainement a-t-on contesté au Conseil des hospices le droit de nommer les professeurs de clinique, droit qui devrait revenir au Conseil d'administration de l'Université, comme, pour les Universités de l'Etat, il appartient au gouvernement; vainement encore a-t-on fait remarquer que cet éloignement systématique de professeurs de clinique ayant blanchi au lit des malades ne pouvait s'effectuer sans léser les intérêts des malheureux; rien n'y a fait, le sacrifice en masse a été consommé sous l'invocation d'un règlement édicté, il importe de le dire, par le Conseil des hospices lui-même, au sein duquel, — naturellement, — pas un seul membre du corps médical ne figure.

L'édilité bruxelloise a donné sa consécration à la résolution prise par le Conseil des hospices, dans la séance du lundi 15, mais seulement par 15 voix contre 12. La décision est donc sans appel pour ce qui concerne le personnel qui vient d'être sacrifié. Mais, chose bizarre, dans cette même séance où le Conseil décidait que le règlement devait être exécuté et l'appliquait, en effet, il adoptait, par 20 voix contre 6, la proposition de M. Janson qu'il y avait lieu de l'examiner à nouveau. Cet épilogue a beaucoup étonné.

Parmi les nouveaux élus, la plupart sont avantageusement connus, et, parmi ceux-ci, MM. Rommelaere, Ed. de Smedt, Sacré, Thiriar, Tirifahy, Kufferath; il en est d'autres

qu'on s'étonne d'y voir et qu'il faudra attendre à l'œuvre; d'autres, enfin, qu'on s'étonne et qu'on regrette surtout de ne pas y rencontrer. Tout bien considéré, cependant, il est permis de se demander si, en dehors de toute épreuve probatoire fixée par le concours, la Commission des hospices, réduite à appuyer son jugement sur l'opinion publique, eût pu faire preuve de plus de bon vouloir.

Cette question de concours avait été introduite récemment, au sein de la commune, sans doute en vue de l'éventualité qui allait surgir, par un médecin membre du Conseil, M. Kops, et y avait misérablement échoué (21 voix contre 7). La proposition, qui devait être si mal accueillie, était ainsi conçue :

« Le Conseil communal émet le vœu que le recrutement du personnel des hôpitaux « et des hospices ait lieu, à l'avenir, à la suite d'épreuves pratiques et publiques, devant « un jury qui aurait, en outre, à tenir compte de tous les titres scientifiques et profes- « sionnels des concurrents et présenterait au Conseil des hospices une liste double de « candidats. »

La majorité compacte qui a rejeté cet ordre du jour s'est appuyée surtout sur l'éternel argment qu'il ne fallait pas « faire un saut dans les ténèbres », que le système actuel n'avait jamais donné lieu à des critiques, et que, dès lors, il était prudent de le maintenir. Etait-ce « faire un saut dans les ténèbres » que d'imiter ce qui a fait, notamment en France, la gloire des principales écoles, celle de Lyon en tête? En même temps, en effet, que se prenait la décision déclinatoire que nous venons de dire, s'ouvrait, à Lyon, le concours pour une place de médecin des hôpitaux devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical.

La question, vaillamment défendue au sein du Conseil communal de Bruxelles, s'y représentera, gardons-nous d'en douter. Sera-ce avec plus de succès? Hélas! il faudrait, pour cela, que les partis politiques, qui s'agitent sur ce terrain comme sur tous les autres, surtout en ce moment, consentissent à désarmer. Quelle apparence qu'à celui qui tient la queue de la poêle, l'idée puisse venir de la livrer aux mains d'un jury de concours?

Pendant que s'accomplissait, à Bruxelles, ce coup d'État, les nominations suivantes s'effectuaient dans le personnel des Universités, savoir : M. Nuel, professeur de physiologie à Gand, — où il est remplacé par M. Mac Leod, — prend, à Liège, la chaire d'ophthalmologie en même temps qu'il y enseignera la physiologie des organes des sens. M. Van Ermengen est nommé professeur d'hygiène et de bactériologie à l'Université de Gand. M. Firket, assistant d'anatomie pathologique, reçoit le titre de professeur et est chargé d'organiser l'enseignement de la bactériologie. A Louvain, M. Dandois (assistant de M. Michaux), et M. Denis (chef de clinique de M. Verriest), sont nommés professeurs agrégés.

*
* *

Ci-après, nous donnons le résumé des principes communications scientifiques faites à l'Académie de médecine de Belgique, dans ses dernières séances.

4. **Présentation d'instruments destinés au traitement des maladies de l'oreille et du nez**, par Ch. Delstanche. (*Bull.* pages 209-235.) — Les principaux instruments et appareils que M. Delstanche met sous les yeux des membres de l'Académie sont :

A. L'adénotome à coulisse et la mentonnière élastique, pour le traitement des tumeurs adénoïdes rétro-nasales;

B. Un appareil destiné à opérer le redressement de la cloison nasale;

C. Un étrangleur à anse automatique pour l'extraction des polypes du nez dans certains cas spéciaux;

D. Une petite pince en baleine pour fixer la sonde pendant le cathétérisme de la trompe d'Eustache;

E. Un spéculum fixe des fosses nasales;

F. Un dilatateur des parties profondes du nez;

G. Deux petites pinces à coulisses pour l'extraction des polypes et des corps étrangers de l'oreille et du nez;

H. Un injecteur de liquide caustique dans l'épaisseur des végétations situées au fond de l'oreille; le même appareil pouvant servir aussi à aspirer des exsudats liquides contenus dans la caisse;

I. Une cuvette à double compartiment et une seringue pour les injections de l'oreille;

J. Un raréfacteur de l'air contenu dans le conduit auditif, servant au diagnostic et au traitement de certaines affections de l'oreille moyenne.

5. **Rapport de la Commission qui a été chargée de l'examen du mémoire de M. Titeca** : « Étude sur la pratique de la vaccine ; ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. » — M. Warlomont, rapporteur. (*Bull.* p. 351-362.)

Le rapport conclut à l'insertion du mémoire dans les publications de l'Académie. Celui-ci a paru dans le *Bulletin* (p. 404-476), et sous forme de brochure (1). On le lira avec intérêt. L'auteur s'y fait le champion de la doctrine de la VACCINISATION (Warlomont), qu'il a élevée à la dignité d'école, l'*École vaccinisatrice*, en y donnant une extension nouvelle. « Par *vaccinisation*, dit M. Titeca, il faut entendre non seulement une répétition de l'acte vaccinatoire de huit en huit jours, aussi longtemps que celui-ci reste productif, mais, en thèse générale, toute nouvelle opération de vaccine faite en deçà des limites tracées par l'école vaccinatrice, quel que soit du reste l'intervalle laissé entre deux opérations successives. On se conforme, dans les deux cas, aux principes de l'école vaccinisatrice : dans le premier, ce sera la *vaccinisation extemporanée*, ce sera la *tardive* dans le second. »

6. **Inversion complète de la matrice; hystérectomie; guérison**, par M. HICGUET — (*Id.* p. 500-509). Le but de l'auteur, en publiant cette note, a été, dit-il, d'ajouter un nouveau cas à ceux déjà connus, de guérison de l'inversion utérine au moyen de l'amputation pratiquée par la ligature élastique. Il n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

7. **Grossesse extra-utérine abdominale ; kyste dermoïde ; gastrotomie**, par WASSEIGE. — (*Id.* p. 544-557). Le cas s'est terminé par la mort, conséquence d'une hémorrhagie tant interne qu'externe survenue le vingt et unième jour, à la suite d'une mauvaise attitude prise pendant le sommeil et alors que la guérison paraissait assurée.

8. **Prix de concours** : « Élucider, par des faits cliniques et au besoin par des expé« riences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et prin« cipalement de l'épilepsie. » Prix : 8,000 francs. En outre, des encouragements de 300 à 1,000 francs pourraient être accordés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux auraient été jugés dignes de récompense. La durée du concours était de deux ans ; la clôture était fixée au 31 décembre 1883.

Une somme de 500 francs a été accordée à l'auteur du mémoire : *Traditionem pondero, doctrinam respicio, sequor veritatem.* Il est invité à se faire connaître.

Dans la séance du 26 décembre dernier, l'Académie a élu, au nombre de ses correspondants étrangers : MM. les docteurs POTAIN, PETER et DE WECKER (Paris).

Y.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA NÉPHRITE CONSÉCUTIVE A L'ÉPITHÉLIOME UTÉRIN, par E. LANCEREAUX. — Extrait des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet-août-septembre 1884.

Dans cette brochure de 45 pages, M. Lancereaux s'occupe des lésions rénales et des désordres de la sécrétion urinaire, faisant suite au cancer de l'utérus ou mieux à l'épithéliome utérin.

Les faits nombreux qu'il a recueillis lui permettent d'affirmer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que tout épithéliome du col de l'utérus est, à un moment donné,

(1) *Étude sur la pratique de la vaccine. Ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être*, par le docteur TITECA, broch. in-8°, p. 80. — Paris, G. Carré. — Bruxelles, A. Manceaux. 1885.

compliqué de néphrite. Cette affection n'a jamais fait défaut dans les autopsies de cancer utérin pratiquées par l'auteur depuis vingt-cinq ans, à l'exception de quelques cas de mort prématurée par hémorrhagie ou par toute autre cause. Pour donner à ce travail une autorité réelle, M. Lancereaux a soin de rapporter seulement les faits qui ont été suivis d'autopsies ; et il étudie de nouveau les caractères anatomiques de la néphrite en question, qu'on doit distinguer de la néphrite interstitielle primitive.

En résumé, les observations contenues dans ce mémoire démontrent que la néphrite consécutive au cancer de l'utérus n'a jamais pour effet de produire l'hypertrophie du cœur. Cette donnée n'est pas à négliger, car elle vient éclaircir une question depuis longtemps contestée, celle de savoir si l'hypertrophie du cœur observée dans la néphrite interstitielle est sous la dépendance immédiate de la lésion rénale. Or, les observations de M. Lancereaux indiquent de la façon la plus nette que la néphrite scléreuse consécutive au cancer utérin ne peut par elle-même engendrer l'hypertrophie cardiaque, il en faut conclure que dans la néphrite interstitielle ou scléreuse primitive, cette hypertrophie est sous la dépendance immédiate de l'altération du système artériel, et non, comme le pensent un certain nombre d'auteurs depuis Traube, subordonnée à la lésion rénale. Cette conclusion, que l'auteur a déjà cherché à faire prévaloir dans l'article « Rein » du *Dictionnaire encyclopédique*, est donc toujours vraie.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE PRURIT DE LA VULVE. — Goodell.

Acide phénique.....	4 grammes.
Sulfate de morphine.....	0 gr. 60 cent.
Acide borique.....	8 grammes.
Vaseline.....	60 —

F. s. a. Une pommade, avec laquelle on pratique des onctions, pour calmer le prurit de la vulve. En outre, on lave doucement la région avec une éponge imbibée d'eau très chaude. — N. G.

COURRIER

ENFANTS-ASSISTÉS. — Le 27 janvier a paru à l'*Officiel* un décret déclarant d'utilité publique l'agrandissement, aussi promptement que possible, de l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. Deroubaix (Victor), pharmacien de 1re classe, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Morelle, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. M. Deplanque, docteur en médecine, préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est délégué, du 1er janvier au 31 décembre 1886, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté (emploi nouveau). M. Focken (Henri-Louis-Jean-Baptiste), licencié ès sciences naturelles, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, 1885-1886, des fonctions de préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Déplanque, appelé à d'autres fonctions.

DANS LES AFFECTIONS du tube digestif, toutes les fois que l'estomac et l'intestin accomplissent leurs fonctions avec une certaine lenteur, on retire de grands avantages de l'emploi de la peptone phosphatée (Vin de Bayard), reconstituant et eupeptique, il s'assimile presque immédiatement et sans aucune fatigue pour l'estomac.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. A. Dehenne : Etude sur le sarcome de la choroïde. — II. Bibliothèque : Deux traités pratiques d'analyse chimique. — III. Thérapeutique : Action de l'aconitine dans les névralgies. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

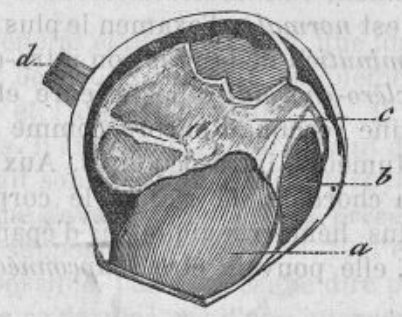
Etude sur le sarcome de la choroïde

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 janvier 1886.

Par M. le docteur A. Dehenne.

L'étude clinique des tumeurs intra-oculaires présente un vif intérêt. Leur diagnostic, *à la période utile pour le malade*, est souvent difficile. L'intervention doit être prompte; quelques jours de retard peuvent compromettre la vie.

J'ai pu récemment observer un sarcome choroïdien à marche rapide. La pièce anatomique, que j'ai l'honneur de vous faire passer sous les yeux, a été admirablement préparée par un de nos plus habiles histologistes, M. le professeur Poncet, du Val-de-Grâce.



a. Tumeur. — *b*. Cristallin. — *c*. Corps vitré. — *d*. Nerf optique.

Les préparations de cette nature sont rares. Peu communes aussi sont les observations de sarcome choroïdien diagnostiqué et opéré à la première période ou tout au commencement de la deuxième. Dans le cas qui fait l'objet de cette note, *deux mois* seulement se sont écoulés entre le début des accidents et l'énucléation. La moyenne d'évolution des sarcomes, depuis la diminution de l'acuité visuelle jusqu'au jour de l'énucléation, est de deux ans et demi à trois ans.

A ces divers titres, j'ai cru pouvoir vous intéresser en résumant l'observation, point de départ de cette étude qui n'en sera que le commentaire aussi succinct que possible.

A la fin du mois de juillet 1885, M. R..., de Montlhéry, se présente à ma consultation. Depuis huit jours, il s'est aperçu de l'existence d'un brouillard qui couvre tous les objets situés du côté externe et supérieur de son œil droit. Il aperçoit très distinctement sa main placée en face de lui (l'œil gauche étant fermé); aussitôt que la main est portée du côté temporal, elle n'est plus vue. Il est très tourmenté, aussi vient-il *immédiatement* demander un avis. J'insiste sur ce fait, parce qu'il est extrêmement rare que les malades consultent à cette période de la maladie. Ils ne prêtent nulle attention au rétrécissement du champ visuel; et l'absence de douleurs leur enlève toute inquiétude.

M. R... est une homme de 35 ans, petit, assez maigre, mais très bien portant. Il n'a jamais fait de maladie grave; il n'a jamais souffert des

yeux. Employé de commerce, c'est en mesurant des étoffes qu'il s'est aperçu du rétrécissement du champ visuel de l'œil droit. Sa vue a toujours été excellente. Il voit de très loin et n'a jamais éprouvé de fatigue dans les exercices de la vision rapprochée. L'examen de la réfraction oculaire confirme son dire. Il est emmétrope, point important à noter. Son père et sa mère se portent bien. L'examen périmétrique dénote l'existence d'un rétrécissement occupant la moitié supérieure et externe du champ visuel.

A l'ophthalmoscope, la rétine est vue décollée dans sa moitié inférieure et interne. La papille et la région de la macule ne présentent aucune altération. L'interrogatoire le plus minutieux ne permet pas de remonter à l'origine de ce décollement. M. R... est, comme nous l'avons dit, emmétrope des deux yeux; la choroïde est intacte. Or, presque toujours le décollement spontané de la rétine reconnaît comme cause la scléro-choroïdite postérieure, avec myopie progressive et ramollissement du corps vitré. Notre malade dit bien avoir reçu, trois mois auparavant, sur l'œil droit, un petit coup de baguette; mais il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de faire remonter les accidents actuels à un traumatisme aussi léger, qui n'a laissé aucune trace et dont M. R... n'a jamais souffert, d'autant que le décollement suit immédiatement le traumatisme.

La *tension du globe* est *normale*; l'examen le plus attentif ne peut déceler ni *augmentation* ni *diminution* de la pression intra-oculaire.

En dehors de la *scléro-choroïdite* postérieure et des *traumatismes*, le décollement de la rétine reconnaît encore comme causes principales les hémorrhagies et les tumeurs intra-oculaires. Aux premières, il n'y avait pas lieu de songer; la choroïde, la rétine, le corps vitré, ne portaient aucune trace de raptus hémorrhagique, ni d'épanchements. Quant à la tumeur intra-oculaire, elle pouvait être *soupçonnée*, mais seulement *par exclusion*.

Ce n'était là qu'une simple hypothèse, d'autant que le décollement occupait le segment inférieur de l'œil, et je gardai pour moi mes suppositions (car je ne pouvais constater absolument que l'existence du décollement), tout en faisant au confrère, qui m'avait amené le malade, les plus grandes réserves sur l'avenir de cet œil. Ce décollement me paraissait extrêmement *suspect*, tellement même que j'insistai vivement auprès de M. R... pour qu'il ne tardât pas à se montrer, et en lui recommandant une hâte excessive dans le cas possible de l'apparition des douleurs. L'*absence des causes ordinaires du décollement* m'imposait cette réserve dans le pronostic, et surtout me faisait repousser toute tentative opératoire ayant pour but le recollement de la rétine.

Ces tentatives échouent constamment (ponction simple, drainage, iridectomie, thermo-cautérisation, etc.). Elles n'ont pas le caractère d'innocuité qu'on a voulu leur prêter; quelquefois même elles sont très dangereuses (irido-choroïdite, accidents glaucomateux et sympathiques, etc.). La ponction simple a parfois donné des résultats dans le décollement traumatique, et celui-là guérit spontanément lorsque la rétine n'a pas été trop désorganisée; elle est donc *inutile* lorsqu'elle n'est pas *dangereuse* (1).

(1) Wolff (de Glascow) n'admet pas l'incurabilité du décollement spontané de la rétine. Grâce à un procédé spécial de ponction, et dont on trouvera la description dans les *Annales d'oculistique* (janvier-février 1885), il dit avoir eu trois fois un succès parfait sur sept décollements. L'iridectomie aurait aussi été employée avec succès par Dransart (de Somain).

Je repoussai donc toute opération ayant en vue le décollement, et, comme on le verra par la suite, bien m'en prit.

Je prescrivis des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine (quinze gouttes de la solution à 2 p. 100), des vésicatoires volants à la tempe et derrière l'oreille droite.

Un mois après, je revis M. R... L'état de l'œil était exactement le même que le jour de l'examen. Topographiquement, la rétine n'était ni plus ni moins décollée; la rétrécissement du champ visuel semblait avoir un peu augmenté, mais dans des limites très restreintes. La tension intra-oculaire n'avait pas varié. A la première période des tumeurs iutra-oculaires, l'étude de la tension du globe, d'après les auteurs qui se sont occupés de la question, aurait une grande importance. Il semblerait même que ce seul symptôme dût trancher la question. *Décollement simple, diminution de la tension, décollement symptomatique d'une tumeur, augmentation de la tension.* Il n'en est rien ; la tension dépend de l'*élasticité sclératicale* variable avec les sujets et sur laquelle j'ai attiré l'attention à propos de la variabilité des symptômes du glaucome, suivant les âges. Dans le cas présent, la tension n'avait nullement varié, et nous en trouverons la raison sur la pièce anatomique même.

En revanche, l'état général était moins bon, que lors du premier examen. M. R..., se tourmentait beaucoup. Il avait notablement maigri ; les digestions étaient pénibles, et l'appétit presque nul. Il avait des insomnies, quoiqu'il ne souffrît pas. Il attribuait l'ébranlement de sa santé aux préoccupations que lui causait son œil. Pour moi, j'y voyais la confirmation de l'hypothèse discrète que j'avais faite le mois précédent ; mais cette fois encore, je gardai mes suppositions pour moi, tout en insistant très vivement sur l'apparition possible, j'allais presque dire probable, de douleurs, et sur la nécessité dans ce dernier cas d'une intervention immédiate, mais que je ne nommai pas. S'il y avait tumeur choroïdienne, la couche de liquide sous-rétinien était évidemment trop épaisse pour que l'on pût constater l'existence des caractères considérés comme pathognomoniques des sarcomes choroïdiens à la première période, (*la présence d'un réseau vasculaire de nouvelle formation et l'apparition successive* de points blancs et noirs au niveau de cette vascularisation anormale).

De plus, la rétine *flottait* très bien, comme dans les cas de décollement ordinaire, et dans toute l'étendue de sa portion décollée. Le diagnostic n'avait donc pas fait un pas bien considérable, depuis le premier examen. Il fallait néanmoins tenir grand compte du mauvais état général du sujet. Je supprimai les injections de pilocarpine, et je prescrivis une potion iodurée à 1 gramme par jour.

Quinze jours après, M. R..., tenant compte de ma recommandation, revenait me voir. Depuis la veille au matin, c'est-à-dire trente-six heures environ, il avait souffert de l'œil malade, et depuis la veille au soir, les douleurs s'étaient irradiées dans le côté droit de la tête, en suivant nettement les ramifications de la cinquième paire. La cornée avait conservé toute sa transparence. L'injection périkératique était assez intense ; la pupille légèrement dilatée. Dans la moitié inféro-interne de la chambre antérieure, l'iris était repoussé en avant, et venait presque s'accoler à la face postérieure de la cornée. Dans le reste de son étendue, la chambre antérieure avait conservé ses dimensions normales. La *tension du globe* était notablement accrue, T + 3. A l'éclairage latéral, on voyait parfaitement, et aussi

nettement que sur la pièce anatomique, une tumeur jaunâtre, de la grosseur d'une petite fève, occupant toute la région du décollement, et repoussant les parties qui faisaient obstacle à son expansion. Le diagnostic de sarcome de la choroïde s'imposait. Il n'y avait plus d'hésitation possible. Tout retard dans l'intervention pouvait mettre la vie du malade en danger. L'énucléation de l'œil était tout indiquée. Quand elle n'aurait eu pour but que de calmer les violentes douleurs dont il souffrait depuis la veille, M. R... l'eût acceptée avec reconnaissance. Elle fut pratiquée le lendemain 5 octobre, après anesthésie chloroformique. Les suites de l'opération furent des plus simples. Le pansement antiseptique le plus rigoureux fut appliqué (sublimé au 1 pour 1,000 en lotions), et six jours après M. R... s'en retournait chez lui complètement guéri, et n'ayant pas souffert un seul instant. L'œil artificiel n'a été appliqué que trois mois après, afin d'éviter toute irritation de la conjonctive. Il est très bien supporté. Depuis que M. R... a été débarrassé de son sarcome, sa santé générale s'est considérablement améliorée. Il a engraissé ; l'appétit est revenu, et toutes les idées noires qu'il avait avant son opération l'ont complètement abandonné. Il est redevenu gai et ne songe nullement à la perte de son œil. Le diagnostic de sarcome à petites cellules fut confirmé par le microscope, et M. Poncet eut la bonne pensée de conserver la pièce dans la glycérine gélatinisée ; ce qui me permet de vous la montrer aujourd'hui.

D'après la lecture même de cette observation, vous avez pu voir, Messieurs, que ma préoccupation constante a été de faire un diagnostic précis de la pathogénie de mon décollement, et d'intervenir aussitôt que le diagnostic de sarcome choroïdien a été confirmé.

Qu'est-ce donc que le sarcome de la choroïde ? Est-ce une affection rare ou commune ? Son évolution est-elle fatale ? Quelles sont les conséquences de l'intervention tardive ou de la non-intervention ? Telles sont les différentes questions que le clinicien doit se poser et auxquelles il doit répondre.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique d'analyse chimique à l'aide des méthodes gravimétriques. Dosage des matières minérales, organiques et des substances employées dans la métallurgie, l'agriculture, la pharmacie, la médecine, la chimie, les arts, le commerce et l'industrie, par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum. Ouvrage orné de 111 vignettes. — Paris, J. Rothschild, 1884. 1 vol. in-12 de 320 pages.

Traité pratique d'analyse chimique à l'aide des méthodes volumétriques, dosage, etc. (*ut suprà*), par MM. Finot, préparateur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand, et A. Bertrand, chimiste au laboratoire de la manufacture de Javel. — Paris, 1884. J. Rothschild. 1 vol. in-12 de 334 pages, orné de 95 vignettes.

Ces deux volumes, — très élégamment cartonnés, d'un format commode et d'une typographie soignée, — sont des traductions libres de deux ouvrages extrêmement répandus en Angleterre.

Le premier a été traduit par M. Stanislas Meunier, sur l'ouvrage de M. T.-E. Thorpe, intitulé : *Quantitative chemical Analysis*. Après avoir fait connaître les diverses opérationc auxquelles se livrent les analystes, et avoir exposé les principes généraux de l'analyse chimique, l'auteur aborde les analyses spéciales, et, dans une série de chapitres, il expose avec détails les analyses du nitre, des calcaires, des argiles et kaolins, l'analyse des différents minerais, et des combustibles minéraux, l'examen des eaux,

l'analyse des engrais et des cendres de plantes. Enfin, il termine par l'analyse organique et par une série de tableaux dont l'usage est fréquent en chimie analytique.

Le second a été traduit, — librement aussi, — par MM. Finot et Bertrand, sur l'ouvrage de M. Francis Sutton, intitulé : *Handbook of volumetris Analysis*. Les auteurs, qui sont attachés à l'enseignement et à l'industrie, et qui se servent de l'ouvrage anglais depuis longtemps déjà, ont pu y constater des lacunes, surtout au point de vue de l'industrie française, et ils se sont efforcés de les combler. Leur livre renferme donc un grand nombre d'additions que nous pouvons résumer ainsi : l'analyse des sulfo-carbonates, l'analyse du bi-oxyde de baryum et de l'eau oxygénée, les dosages par le sulfo-cyanate, le dosage de la potasse par l'acide perchlorique, la détermination du titre calcalimétrique des potasses et des soudes, les essais d'argent, l'analyse des phosphates par le procédé Joulie, celle des terres, celle des gaz combustibles par les procédés de Coquillon d'Orsat, etc., etc.

Les auteurs terminent leur avant-propos en déclarant que leur but a été de faire des traités succincts et très pratiques à la fois. On peut dire que ce but a été atteint aussi parfaitement que possible. Mais, pour quiconque veut se livrer à des travaux d'analyse chimique, la possession des deux traités est indispensable. Par la division nette des méthodes, toute confusion a été évitée, et les deux ouvrages se complètent l'un par l'autre. — M. L.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin [de New-York], A. Dumas [de Cette], de Molènes).

L'excellent travail publié par le docteur A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très refractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les Pilules Moussette par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le docteur Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880.)

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre cette complication que le docteur Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de

(1) Docteur A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette. *De l'aconitine; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

©BIU Santé

milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures ; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et à moins de cas exceptionnels on ne devra pas aller au delà ; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable, et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Rapport sur un travail intitulé : *Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux;* discussion. — Observation de kyste hydatique du foie guéri par la laparotomie. — Présentation de pièces anatomo-pathologiques : deux cas d'hystérectomie vaginale suivis l'un de mort, l'autre de guérison. — Phlegmon de la région maxillaire par carie dentaire, suivi de mort rapide par intoxication putride. — Présentation de malade : kyste hydatique du foie guéri par la laparotomie.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Mabboux, médecin-major à l'hôpital militaire de Lille, intitulé : *Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux.*

M. le rapporteur rappelle d'abord les nombreuses observations résumées par le professeur Verneuil pour prouver les dangers de l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux. Dans l'opinion de M. Chauvel, aucune règle précise et sûre ne peut être établie jusqu'ici pour guider le jeune chirurgien. Dangers dans l'intervention, dangers non moins grands dans l'abstention, tel est encore aujourd'hui le bilan de la pratique chirurgicale. C'est pour servir de contribution à l'étude de ce problème que M. Mabboux adresse deux observations.

Dans les conclusions qui terminent son travail, M. Mabboux déclare que ces deux observations lui paraissent favorables à l'intervention chirurgicale chez les phthisiques. Suivant lui, l'existence de lésions pulmonaires tuberculeuses même avancées, n'est pas une contre-indication à l'amputation d'un membre atteint de tumeur blanche suppurée, lorsque cette lésion externe domine la scène pathologique et menace par elle-même l'existence.

L'opération, en supprimant les causes d'épuisement dues à la lésion articulaire, peut enrayer les progrès de la lésion viscérale au point de replacer les poumons dans un état fonctionnel normal ; elle peut tout au moins placer le sujet dans une meilleure situation, ne fût-ce qu'en supprimant des douleurs intolérables.

M. Chauvel range les tuberculoses osseuses et articulaires parmi les affections qui ne se trouvent généralement par bien des interventions incomplètes ; on devrait les traiter d'après les mêmes règles que le sarcome et le carcinome. Quand la destruction totale en est impossible, ce qui se présente souvent pour les ostéites et les synovites fongueuses, on doit se décider de bonne heure à l'amputation. L'existence de lésions pulmonaires n'est pas une contre-indication absolue. Les faits de guérison temporaire, prolongée, sont communs dans ces conditions ; les guérisons durables, même dans des cas en apparence désespérés, n'ont rien d'exceptionnel.

M. Chauvel conclut qu'il faut laisser à chacun le droit de suivre la conduite qu'il

juge préférable, et ne pas édicter de ces règles étroites et sévères qui troublent les meilleurs esprits au lieu de les guider.

Pour M. Desprès, les indications opératoires et les résultats des opérations chez les tuberculeux sont extrêmement variables ; mais, en ce qui concerne les tumeurs blanches, il est d'avis de ne pas intervenir tant que l'ulcération et la suppuratioa n'existent pas.

M. L.-Championnière estime que c'est un devoir d'humanité pour le chirurgien de ne pas s'abstenir quand il s'agit de malades atteints de tumeurs blanches et épuisés par les souffrances, la suppuration et la fièvre. Sans doute ce sont des condamnés à mort, des agonisants, pour ainsi dire, mais l'opération, fatalement suivie d'insuccès, aura du moins le mérite de calmer les souffrances des malades, de les consoler et de leur permettre de mourir en repos.

En ce qui concerne la question des opérations partielles comparées aux opérations complètes, M. Championnière trouve, dans le très remarquable et récent ouvrage de M. Ollier (de Lyon) sur les *résections*, des faits très intéressants à l'appui de l'efficacité des opérations partielles. M. Ollier va même jusqu'à donner le conseil de ne pas enlever toutes les parties malades et de conserver celles qui sont susceptibles de guérison. M. Championnière pense que, chez les tuberculeux, la règle doit être de ne pas pratiquer des opérations susceptibles d'entraîner de longues suppurations; mais, si l'état des malades est tel que l'on puisse espérer une réparation régulière, sans suppuration, du traumatisme chirurgical, c'est là une condition favorable qui milite en faveur de l'intervention. D'ailleurs, M. Championnière ne croit pas que les opérations aggravent sensiblement l'état des tuberculeux, et souvent elles leur permettent une survie plus ou moins prolongée. M. Championnière pense qu'à mesure que l'on saura mieux soigner les tuberculeux, on arrivera à pratiquer beaucoup plus souvent l'ablation des lésions tuberculeuses.

M. Verneuil ne s'élève nullement contre les opérations qui ont pour but de consoler et de soulager des malades atteints d'affections incurables; quelle que soit la maladie, tuberculose, cancer, etc., le devoir du chirurgien est d'opérer quand même, dans ces conditions, malgré la certitude d'un échec, comme on fait la trachéotomie *in extremis*, la taille pour un cancer de la vessie, etc., etc.

En ce qui concerne le mode opératoire qu'il convient d'employer chez un tuberculeux, M. Verneuil distingue deux catégories de cas : ceux où il faut être radical et ceux où il convient d'être extrêmement conservateur. Le nombre de tuberculeux que l'on guérit par les seuls moyens médicaux est considérable, tant que la maladie n'est pas arrivée à la période de suppuration; dans ces conditions, le chirurgien a le devoir d'être conservateur. Au contraire, dès que la suppuration est établie, il faut amputer; le devoir du chirurgien est d'être radical. Les opérations partielles sont souvent dangereuses.

M. Berger a eu l'occasion d'observer des exemples de généralisation de la tuberculose à la suite d'amputations partielles; mais, par contre, il a vu des cas d'amputations pratiquées chez des individus manifestement tuberculeux et qui néanmoins sont guéris depuis des années. Il faut, dans les opérations chez les tuberculeux, chercher à obtenir la réunion immédiate pour éviter la suppuration, et pratiquer, autant que possible, l'ablation complète des parties malades.

MM. Reclus, Pozzi, Richelot, Polaillon parlent en faveur des opérations partielles, quand on ne peut pas faire mieux. M. Le Fort ajoute que certaines opérations, même suivies de suppuration abondante, ont souvent permis à des tuberculeux de reprendre de l'embonpoint et des forces.

M. Trélat adopte pleinement le principe des larges opérations chez les tuberculeux; on doit toujours enlever la totalité des parties atteintes par la tuberculose.

Relativement à la question de l'opportunité de l'intervention chez les tuberculeux, M. Trélat montre les incertitudes et les difficultés contre lesquelles se débat le chirurgien qui ne peut toujours déterminer s'il s'agit d'une tuberculose circonscrite ou de foyers multiples. Devant les inconnues que renferme encore le diagnostic, on doit faire

le bilan très soigné de l'état du malade, et si l'on ne découvre aucune apparence de lésion viscérale profonde, ne pas hésiter à intervenir soit par une résection, soit par une amputation totale, suivant le cas, sans prendre systématiquement parti pour l'un ou l'autre de ces modes opératoires, à la condition que l'on enlève tout le mal.

M. Terrier communique une observation intitulée : *Kyste hydatique du foie, laparatomie, ablation de la plus grande partie du kyste, suture de la partie restante à la paroi abdominale, guérison complète en deux mois.*

C'est le second fait de guérison obtenue ainsi par M. Terrier. L'auteur ne peut s'empêcher, en terminant, de demander à ses collègues qui ont critiqué sa manière de faire s'ils supposent qu'à l'aide d'une simple ponction suivie de l'introduction d'un gros trocart, on aurait pu : 1° éliminer soixante-onze hydatides contenues dans la poche qu'il présente; 2° obtenir le retrait de cette poche en moins de deux mois; 3° enfin guérir la malade en cinquante-six jours.

M. Reclus vient d'opérer par la laparatomie, avec succès, un kyste hydatique énorme du foie, dont il donnera prochainement l'observation complète en même temps qu'il présentera une observation semblable de M. Paul Segond.

— M. Pozzi présente deux observations d'hystérectomie vaginale, avec les pièces qui en proviennent :

La première observation est relative à une femme arrivée au dernier terme de la cachexie par des pertes incessantes sanguines ou sanieuses durant depuis vingt mois. Utérus débordant sensiblement le pubis. On hésite entre le diagnostic cancer du corps et corps fibreux. L'hystérectomie est pratiquée par la voie vaginale le 8 juillet dernier. L'extraction de l'utérus est laborieuse, on trouve un utérus dont les parois sont énormément hypertrophiées autour d'un tout petit corps fibreux interstitiel, du volume d'un haricot. La muqueuse présente quelques fongosités simples. Mort deux jours après d'épuisement, sans qu'il y ait eu d'hémorrhagie. A l'autopsie, légères traces de péritonite pelvienne.

La deuxième observation a trait à une femme de 23 ans, ayant eu plusieurs enfants, atteinte d'épithélioma de la lèvre antérieure et de la cavité du col très entr'ouvert. (Diagnostic confirmé par l'examen histologique fait au Collège de France.) — Hystérectomie vaginale le 31 décembre : opération facile; on enlève aussi les deux ovaires prolabés. Six heures après l'opération, hémorrhagie secondaire considérable qui s'arrête spontanément. Lavages antiseptiques et tampons iodoformés renouvelés plusieurs fois par jour durant une semaine, tant que persiste un écoulement fétide de sang décomposé, provenant sans doute de la cavité de Douglas. Au bout de huit jours disparition de tous les accidents. Guérison complète. (La malade sera suivie au point de vue de la récidive.)

M. Guéniot estime que, dans la deuxième observation de M. Pozzi, l'opération a été disproportionnée avec le mal qu'il s'agissait d'enlever. Le col seul étant atteint, il fallait se borner à une amputation partielle.

M. Pozzi répond que l'on pouvait supposer légitimement que l'épithélioma du col avait envahi la muqueuse du corps, auquel cas une simple amputation partielle eût amené infailliblement une récidive. L'hystérectomie, plus radicale, était l'opération qui donnait le plus de chance de survie à cette jeune femme de 23 ans et mère de trois enfants. D'ailleurs le succès de l'opération a justifié la hardiesse de l'opérateur.

— M. Poncet (de Cluny) communique une observation intitulée : *Carie et périostite dentaire, infection putride, foyers œdémateux métastatiques et microbiens ; leptothrix dans les caillots cardiaques.*

— M. Poulet (du Val-de-Grâce) présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la laparatomie pour un kyste hydatique du foie. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Suppression du Bureau central. Encombrement dans les hôpitaux. — Cancer de la plèvre et pleurésie hémorrhagique. — Hystérie chez l'homme et paralysie par suggestion. — Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée.*

M. Siredey appelle l'attention de ses collègues sur l'encombrement qui existe depuis plusieurs mois dans les hôpitaux et qui tend encore à augmenter depuis la mesure adoptée récemment par l'administration de ne plus envoyer au Bureau central les malades refusés par le médecin chargé de la consultation, mais de les placer d'urgence dans les autres services de l'hôpital ou dans les hôpitaux voisins. Il propose qu'une pétition, tendant à faire cesser cet encombrement, soit signée par les membres de la Société.

M. Legroux pense que la suspension de l'envoi au Bureau central n'offre d'avantages ni pour les médecins ni pour les malades, et qu'il conviendrait de joindre à la pétition quelques critiques sur cette mesure nouvelle.

M. Féréol rappelle que cette mesure n'est pas nouvelle; c'est le retour à une manière de faire ancienne. Elle n'est peut-être pas sans utilité, mais il conviendrait que chaque médecin d'hôpital faisant la consultation, tout en recevant dans les autres services les malades dignes d'être hospitalisés, triât cependant parmi eux afin de ne pas imposer à ses collègues des malades dont il ne voudrait pas lui-même. Il y aurait aussi à vider la question du placement des malades chroniques qui encombrent les services d'aigus.

M. Siredey insiste sur cette dernière cause d'encombrement. Les services des hôpitaux contiennent tous un nombre exagéré de brancards ou de lits supplémentaires. Il y en a, en ce moment, 500 dans les services d'aigus, c'est-à-dire de quoi peupler un grand hôpital.

M. Hayem croit que les mesures nouvelles, en ce qui concerne la suppression de l'envoi au Bureau central, sont utiles. Il lui est souvent arrivé de trouver dans son service à Saint-Antoine, le lendemain matin du jour de sa consultation, des malades qu'il avait refusés la veille, et qui, envoyés au Bureau central, avaient été retournés le soir même à Saint-Antoine. Ce qu'il faudrait, c'est que chaque jour le médecin chargé de la consultation connût exactement le nombre des lits vacants dans tout l'hôpital.

La Société décide que, dans chaque hôpital, les médecins signeront une pétition qu'on joindra à celle qu'ont déjà signée M. Siredey et ses collègues de Lariboisière.

M. Dieulafoy fait une communication sur le cancer de la plèvre et la pleurésie hémorrhagique. Un jeune homme de 23 ans était entré, à la fin de 1884, dans son service où l'interne, M. Barbe, lui trouvant un épanchement pleural gauche qu'il évaluait à 2 litres 1/2, lui pratiqua la thoracentèse d'urgence. L'état général du malade paraissant excellent, on fut assez surpris de voir s'écouler un liquide franchement hémorrhagique. On relevait parmi les symptômes antérieurs quelques hémoptysies légères et des douleurs très vives dans les espaces intercostaux gauches. Mais le diagnostic étiologique d'une pleurésie hémorrhagique est toujours difficile. Il le fut si bien chez ce malade que, après lui avoir pratiqué 25 thoracentèses, M. Dieulafoy n'était pas encore fixé sur la cause de la reproduction d'un liquide constamment hémorrhagique. Un litre de liquide extrait pour la première ponction était brun noirâtre par la présence de globules rouges dont le nombre fut évalué à 10 ou 12,000; il contenait une légère quantité de fibrine qui représentait à peu près le dixième de la totalité. La dyspnée reparut et nécessita une deuxième thoracentèse de 800 à 900 grammes qui ne procura guère de soulagement. Bientôt il fallut ponctionner de nouveau la plèvre, et on fit sept thoracentèses en deux mois. L'état général demeurait satisfaisant; pas de fièvre; appétit conservé, pas d'amaigrissement. Seulement des accès dyspnéiques très intenses poussaient le malade à réclamer sans cesse de nouvelles ponctions. On en fit 32, représentant 19 litres de liquide et 2 litres de sang. Le liquide des dernières ne contenait plus de fibrine. On notait alors une

accélération anormale des battements du cœur (120 à 160) par minute sans fièvre. On ne trouvait pas de ganglions tuméfiés dans les régions accessibles à l'exploration.

Le diagnostic ne pouvait se poser qu'entre un hématome simple, une pleurésie hémorrhagique tuberculeuse et un cancer pleuro-pulmonaire. Mais le liquide résultant d'un hématome pleural est plus rouge que brun, n'a qu'une faible tendance à se reproduire et est curable après plusieurs thoracentèses.

Les pleurésies tuberculeuses ont également moins de tendance à se reproduire; d'ailleurs le malade n'avait ni fièvre ni expectoration; on n'avait trouvé de bacilles ni dans ses rares crachats ni dans le liquide pleural; celui-ci, inoculé à des cobayes, ne les avait pas rendus tuberculeux. Le malade ne présentait ni dans ses antécédents, ni sur aucun point du corps, de manifestations scrofuleuses. On fut conduit ainsi par exclusion au diagnostic de cancer de la plèvre, mais de cancer primitif, puisque aucun autre organe ne paraissait lésé.

En outre, on nota chez le malade la persistance des douleurs intercostales ainsi que des douleurs pseudo-rhumatismales du côté des jointures, que M. Lancereaux a signalées déjà chez des malades cancéreux sans qu'on ait trouvé, à l'autopsie, de lésions anatomiques des articulations.

Au bout de cinq mois commença une période d'amélioration telle, que le malade reprit presque de l'embonpoint et quitta l'hôpital pendant quelques jours. Il dut y rentrer cependant, et dès lors alla en déclinant, s'amaigrissant d'une façon continue et n'échappant aux douleurs que par des injections de morphine de plus en plus nombreuses, jusqu'à la dose de 0,50 centigr. par jour. La mort survint dix-huit mois après le début de la maladie. On n'eut à faire que deux ponctions pendant les sept derniers mois.

A l'autopsie, on trouva un litre de liquide hémorrhagique dans la plèvre, un cancer du volume du poing sur la plèvre diaphragmatique, quelques noyaux cancéreux peu volumineux dans les poumons, la colonne vertébrale (ceux-ci expliquant probablement les douleurs pseudo-rhumatismales), derrière le sternum, dans un rein. Enfin, dans la cloison interventriculaire du cœur existaient deux nodules cancéreux gros comme des grains de chènevis, et qui peut-être expliqueraient les 120 à 160 pulsations qu'avait ordinairement le malade.

Les réflexions que la connaissance de cette observation suggèrent à M. Dieulafoy sont relatives aux points suivants : Le cancer primitif de la plèvre peut exister chez de jeunes sujets; on l'a vu chez un enfant de 10 ans, chez un sujet de 22 ans (Hayem et Legros). L'épanchement pleural est presque indéfiniment persistant en général; cependant, dans certains cas, il peut finir par ne se reproduire qu'à peine au bout de quelque temps. Les épanchements hémorrhagiques n'ont pas de tendance à devenir purulents par le fait des ponctions; M. R. Moutard-Martin le disait déjà dans sa thèse. Le traitement du cancer pleural avec épanchement consiste simplement à évacuer en partie celui-ci avec une aiguille du plus fin calibre, et seulement lorsque le malade étouffe ou souffre trop. Car c'est chaque fois une saignée nouvelle qu'on lui fait; sans compter qu'en décomprimant le poumon, on favorise l'extension du néoplasme.

M. Debove présente de nouveau un hystérique mâle, dont M. Féréol et lui ont déjà entretenu la Société. Il s'agit d'un homme de vigoureuse apparence, hypnotisable et suggestionable très facilement. M. Debove, dans le service duquel il s'était rendu insupportable au bout d'un certain temps de séjour, comme le deviennent si vite les névropathes et tous les malades auxquels on paraît s'intéresser particulièrement, lui signa son *exeat*, mais après lui avoir suggéré pendant le sommeil hypnotique qu'il serait paralysé le soir même et qu'il reviendrait trouver M. Debove pour implorer sa rentrée dans le service. Le soir même, cet homme cheminant dans l'avenue d'Italie, s'affaissa paralysé des membres inférieurs et dut être conduit à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Féréol, qui admit d'abord une paralysie syphilitique à caractères ataxiformes. Mais le traitement spécifique ne modifia en rien l'état du malade, qui était sans cesse tourmenté du désir de retourner dans le service de M. Debove. Il y rentra, en effet, toujours paraplégique, mais d'une paraplégie à caractères bizarres, ne rentrant dans aucun type défini, et dans laquelle M. Debove reconnut son œuvre. M. Debove

explique la singulière apparence de cette paralysie par ce fait que les malades, à qui l'on suggère l'idée qu'ils sont ou seront paralysés, reproduisent ces paralysies d'après l'idée qu'ils en ont prise en voyant des gens paralysés pour des causes diverses, ataxiques, hémiplégiques, etc.; de là, un mélange de symptômes appartenant à différentes maladies. Bref, M. Debove n'eut aucune peine à faire cesser la paralysie qu'il avait suggestionnée auparavant.

M. Féréol confirme les paroles de M. Debove et se déclare absolument rallié au diagnostic de paralysie par suggestion. Il rappelle que, quand le malade arriva dans son service, le réflexe patellaire était aboli, mais réapparut au bout de quelques jours. M. Féréol préfère le nom de paralysies névropathiques à celui de paralysies hystériques pour les accidents de ce genre survenant chez des hommes ; car dire qu'un homme est hystérique, lui paraît aussi étrange que de parler d'un kyste de l'ovaire chez un homme. Il termine en disant que, désormais, quand on verra dans les hôpitaux un sujet atteint de paralysie anormale, il sera prudent de s'informer s'il ne sort pas du service de M. Debove après y avoir reçu quelque suggestion.

Le malade en question est ensuite introduit devant la Société. M. Debove le prive à volonté de l'ouïe, lui donne la démarche d'un ataxique, puis lui rend la liberté de ses mouvements; enfin pendant le sommeil hypnotique, il lui suggère de prendre à son réveil 10 centigrammes d'acide picrique (substance d'une amertume insupportable) qui se trouvent à sa portée, et de les avaler en leur trouvant le goût du sucre. En effet le malade, aussitôt réveillé, s'empare spontanément du paquet de poudre qu'il aperçoit sur la table et le mâche. Interrogé sur le goût qu'il trouve à cette substance, il répond que c'est quelque chose comme de la cassonade ou du sucre.

M. Du Castel rappelle qu'il a fait connaître, il y a quelques années, les avantages qu'il avait retirés de la médication éthérée-opiacée contre la variole. Ce traitement consiste en injections sous-cutanées d'éther, en une potion quotidienne contenant 15 centigrammes d'extrait d'opium pour les femmes et 20 centigrammes pour les hommes ; en outre, mais d'une façon accessoire, le perchlorure de fer est donné en vue d'éviter la tendance aux hémorrhagies. Sa conclusion première avait été que cette médication diminue considérablement la suppuration chez les varioleux non vaccinés antérieurement à leur variole, et la supprime presque complètement chez les varioleux vaccinés. M. Dreyfus-Brisac ayant, appliqué lui aussi cette médication, en a reconnu les avantages ; il a signalé la sensation de cuir de Russie que donne au toucher la peau des malades atteints de variole, confluente chez lesquels cette médication a fait avorter les pustules. Il a dit avec raison que leur facies était tout particulier, plus laid même pendant longtemps que celui des varioleux ordinaires, parce que l'éruption persiste sous forme de papules et de tubercules d'apparence éléphantiasique, mais elle finit par disparaître sans laisser de traces. M. Tenneson a parlé aussi de cette particularité d'aspect qui préoccupe beaucoup les malades. M. Pécholier, M. Rathery, M. Gombault dont les observations se trouvent dans la thèse de Buquet (1883), M. Balzer ont appliqué la médication éthérée opiacée, et ce dernier auteur déclare qu'elle tend à transformer la variole en varioloïde.

Mais ces cliniciens n'ont pas tous suivi exactement les doses et la manière de procéder indiquées par M. Du Castel. Les uns ont donné une moindre quantité d'opium, d'autres, comme M. Tenneson, l'ont prescrit sous forme pilulaire. M. Balzer a donné l'éther, par voie gastrique, sous forme de sirop. Enfin les observateurs se sont divisés sur la question de savoir si les résultats avantageux, constatés par tous, étaient attribuables à l'éther ou à l'opium. M. Du Castel pense que ces deux substances concourent également au succès ; il raconte à l'appui de cette opinion la manière dont il a été amené à instituer sa médication. En 1870, interne de M. Hérard, il soignait les varioleux par l'acide phénique; mais, lorsqu'il faisait des injections d'éther contre l'état adynamique, il remarqua que les malades en éprouvaient un grand soulagement, et que quelques-uns qui étaient très malades guérissaient contre toute attente, surtout quand les injections d'éther étaient faites dès le premier jour. Il prescrivit l'opium à l'exemple de Lasègue pour calmer le délire fébrile et le perchlorure de fer pour prévenir les hémorrhagies.

L'importance de l'opium lui fut démontrée par ce fait que, dans un moment où certains malades de son service ne prenaient qu'une dose moitié moindre d'opium par suite d'une erreur de la surveillante, ces malades n'allaient plus aussi bien.

En terminant, M. Du Castel discute les inconvénients qu'on a reprochés aux injections hypodermiques d'éther (eschares, abcès, hémorrhagies, paralysies musculaires). Il estime que, quand les injections sont bien faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, on n'observe ni eschares, ni abcès, que l'on peut sans danger faire aussi des injections intra-musculaires; il en a fait pendant trois mois à un phthisique dont l'affection, qui marchait rapidement, s'est trouvée enrayée ; peut-être est-ce simple coïncidence. Quant aux paralysies que M. Arnozan a signalées, on les évitera en ne faisant pas les piqûres dans des endroits mal choisis, au voisinage de cordons ou de plexus nerveux susceptibles d'être comprimés sur des surfaces osseuses. — P. L. G.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE LE PYROSIS. — Monin.

Phosphate de chaux pulv.....	100 grammes.
Magnésie calcinée.....	30 —
Vanille pulvérisée.....	10 —

Mêlez. — Une cuillerée à café de cette poudre dans un quart de verre d'eau, aux malades qui se plaignent du pyrosis. — N. G.

COURRIER

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS. — Conformément au décret du 28 décembre 1885, qui institue un Conseil général des Facultés, la Faculté de médecine de Lyon a élu MM. les professeurs Gayet et Bondet, délégués au Conseil général des Facultés de l'Académie de Lyon.

La Faculté de médecine de Montpellier, comme nous l'avons déjà annoncé, a délégue au Conseil général MM. les professeurs Grasset et Moitessier, pour une même même période de trois années.

Les délégués de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie de Nancy sont MM. les professeurs Tourdes et Jacquemin, membres de droit, et MM. les professeurs Bernheim, Heydenreich et Schlagdenhauffen, membres élus.

MM. Coyne et Guillot ont été nommés pour la Faculté de médecine de Bordeaux.

NÉCROLOGIE. — M. Jamin, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté des sciences, etc., est mort le 12 février 1886, dans sa soixante-huitième année.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. Vallas (Maurice), aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour trois ans, prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Pravaz, dont la délégation est expirée.

RÉCOMPENSE HONORIFIQUE. — Le Conseil d'administration du Dispensaire général de Lyon, dans sa dernière séance, a nommé M. le docteur Patel, médecin honoraire de l'œuvre, et lui a décerné une médaille d'honneur en raison de ses excellents services comme médecin titulaire du Dispensaire pendant dix années.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. A. Dehenne : Etude sur le sarcome de la choroïde. — II. Ch. Eloy : Qu'est-ce que l'hopéine ? — III. Bibliothèque : Mémoires sur l'orthopédie. — IV. Revue des Journaux : De l'antipyrine dans le rhumatisme. — De l'action physiologique des préparations de pulsatille. — V. Sociétés médicales des départements : Société de médecine de Lyon (3e trim. 1885). — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Etude sur le sarcome de la choroïde (1)

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 janvier 1886.

Par M. le docteur A. Dehenne.

La première observation bien détaillée de sarcome de la choroïde, est celle que contient l'article de Græfe, paru en 1858 dans ses *Archives*. En 1870, Becker, professeur à Heidelberg, publia un bon travail dans lequel il démontre que le diagnostic ophthalmoscopique des sarcomes à la première période est possible. L'étude la plus complète que nous possédions sur ce sujet est l'excellente thèse que soutint, en 1873, notre distingué et très regretté confrère, le docteur Brière (du Havre).

Les tumeurs intra-oculaires les plus communes sont le *gliome de la rétine* et le *sarcome de la choroïde*. Le gliome de la rétine est une maladie de la première enfance; on n'en rencontre pas d'exemples après 7 ans. Le sarcome choroïdien est une maladie de l'âge adulte; son maximum de fréquence est à 40 ans.

Cliniquement, le sarcome de la choroïde est une tumeur maligne. Il peut récidiver sur place, et se généraliser, à distance, particulièrement dans le foie.

Histologiquement, « la structure du sarcome présente divers états intermédiaires entre le tissu embryonnaire et le tissu fibreux complétement organisé; au lieu d'atteindre cette constitution définitive, comme le fait un tissu de nature inflammatoire, elle suit toujours une marche progressive, grâce à la production continuelle et exagérée d'éléments cellulaires » (Virchow).

Le sarcome affecte de préférence la choroïde, parce que cette membrane est essentiellement *vasculaire* et *spongieuse;* la sclérotique, au contraire, est très pauvre en vaisseaux et constituée par un tissu dense. Le sarcome se développe surtout au niveau du pôle postérieur et dans le corps ciliaire, c'est-à-dire dans les régions choroïdiennes les plus vasculaires. Il perfore la rétine et la sclérotique, mais ne les englobe que très rarement. Les éléments constitutifs du sarcome sont les *cellules;* elles sont *incolores* ou *pigmentées*.

Au point de vue histologique, on a voulu distinguer le *sarcome proprement dit du carcinome pur*. La clinique n'admet pas cette distinction. Qui dit *sarcome* dit *tumeur essentiellement maligne*.

On a divisé les sarcomes à l'infini, suivant la prédominance de tel ou tel élément anatomiqne. Cliniquement, ces divisions ne paraissent pas avoir d'importance. Toutefois, au point de vue du pronostic, il y a grand compte à tenir de la présence ou de l'absence du pigment dans les tumeurs choroïdiennes. Les *tumeurs mélanées* sont les plus communes et en même temps les plus graves.

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

Les *sarcomes à petites cellules* paraissent avoir une évolution beaucoup plus rapide que les autres. Cette particularité, déjà entrevue par quelques observateurs, semblerait être d'accord avec le cas qui nous est propre, et qui est tout à fait remarquable par la rapidité de sa marche (trois mois à peine).

Les coupes pratiquées sur un certain nombre d'yeux énucléés nous expliquent la production d'un décollement ordinaire dans le sarcome choroïdien. On pourrait se figurer que la tumeur, au fur et à mesure qu'elle progresse, pousse en avant la rétine, qui ne se décollerait qu'en raison directe du propre développement de la tumeur.

S'il en était ainsi, le diagnostic du sarcome au début serait toujours facile, et rien ne serait plus aisé que de distinguer le décollement symptomatique d'une tumeur de tout autre décollement rétinien. Mais, au contraire, la rétine se décolle, dès le début, bien au delà des limites de la tumeur, et est souvent séparée de celle-ci par une couche épaisse de liquide; ce qui était le cas chez notre malade. Le premier effet d'une tumeur qui apparaît dans l'œil est de comprimer les petits vaisseaux qui lui sont contigus; peu à peu, un plus grand nombre de divisions vasculaires se ressentent du voisinage de la tumeur. Les veines, aplaties, comprimées, laissent transsuder un liquide qui, en augmentant, finit par produire un décollement total, grâce auquel le tissu rétinien reste longtemps indemne, et *ne se présente jamais altéré* lorsque l'énucléation a été pratiquée en temps opportun. Au fur et à mesure que la rétine se décolle, le corps vitré se résorbe. La sclérotique se laisse amincir, et, lorsque la rupture de l'enveloppe fibreuse se produit, on constate presque toujours son immunité absolue. *Primitivement*, comme nous l'avons vu plus haut, et, *secondairement*, le processus sarcomateux n'envahit pas le tissu sclérotical.

Le sarcome de la choroïde est une affection relativement rare, mais une des plus graves que l'on puisse observer. Le devoir du chirurgien est de proposer et de pratiquer l'énucléation aussitôt qu'il a reconnu l'existence du sarcome intra-oculaire. En général, le malade ne consulte que lorsqu'il commence à souffrir, c'est-à-dire au début de la deuxième période, caractérisée par les accidents glaucomateux. A ce moment-là, il est temps d'agir. La coque oculaire est intacte, et il y a lieu d'espérer que le mal ne récidivera pas, et surtout qu'il ne se fera pas de généralisations à distance.

Lorsque l'enveloppe sclératicale a cédé sous l'influence de la pression exercée par le néoplasme, l'extirpation totale du contenu orbitaire est indiquée; mais le pronostic est beaucoup plus grave que dans le cas où le mal est resté intra-bulbaire. Lorsque, par un examen minutieux, on s'est assuré qu'aucun des différents viscères abdominaux ou thoraciques ne renferme de noyaux sarcomateux, on est autorisé à faire l'exentération de l'orbite. Mais il n'en est pas moins vrai, et on ne saurait trop le répéter, que, seule, l'énucléation pratiquée avant toute perforation du globe donne quelque chance de succès.

Quels sont donc les signes auxquels on peut reconnaître cette terrible maladie au début?

Knapp, Brière, ont partagé la symptomatologie des tumeurs de la choroïde en quatre périodes. Cette division est restée classique, car elle est éminemment rationnelle.

Dans la première période, la maladie progresse silencieusement et ne se manifeste à l'extérieur par aucun signe apparent. Mais, en étudiant le dia-

gnostic de cette première période, nous verrons qu'il est un ensemble de signes ophthalmoscopiques qui mettent sur la voie. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à se reporter à l'observation de M. B..., qui fait le sujet de ce travail.

La deuxième période est marquée par l'apparition d'accidents glaucomateux.

La destruction des enveloppes du globe oculaire et l'envahissement des parties voisines a lieu dans la troisième.

Pendant la quatrième, enfin, l'affection se diffuse et se généralise sur les organes éloignés.

Le diagnostic n'est réellement difficile que pendant la première période, et il n'a de véritable utilité que pendant les deux premières.

L'*apparition brusque d'un décollement de la rétine* dans un œil antérieurement sain, et qui n'a subi récemment aucune espèce de traumatisme, une *légère augmentation de la tension du globe oculaire* commençant avec ce décollement, le *siège souvent insolite du décollement*, *son peu de flottement*, la *présence de deux réseaux vasculaires* et de taches blanches et noires, tels sont les signes qui permettent de poser le diagnostic de sarcome de la choroïde à la première période. Lorsqu'ils existent tous réunis, il n'y a pas d'hésitation possible. Chez notre malade, sauf le décollement, ces signes faisaient défaut; et je ne puis attribuer leur absence qu'au développement excessivement rapide de la tumeur.

Le *réseau vasculaire de formation nouvelle*, considéré comme le signe le plus important des sarcomes choroïdiens, n'avait pas eu le temps de s'organiser, et, de plus, la couche de liquide interposé entre la rétine et le néoplasme, était assez considérable pour constituer un décollement qui ne se distinguait par aucun caractère des décollements ordinaires de la rétine; le *flottement* était très net, et le siège n'avait rien d'insolite (en bas et en dedans). Chez notre malade, le décollement n'était suspect, et à juste titre, que par l'*absence des causes ordinaires de cette affection*.

Le *réseau vasculaire nouveau*, que l'on aperçoit lorsqu'il n'est pas caché par le décollement, n'appartient qu'aux tumeurs sarcomateuses de la choroïde. Il existe alors deux couches de vaisseaux : l'une formée par les artères et les veines normales de la rétine; l'autre située plus profondément et formée de fines ramuscules. Dans la première observation de son mémoire, Brière décrit ainsi ce nouveau réseau vasculaire : « Par les mouvements parallactiques, il est facile de voir que ces petits vaisseaux, ténus et déliés, *se déplacent plus* que les gros vaisseaux rétiniens, c'est-à-dire que ces derniers sont situés sur un plan antérieur, tandis que les premiers viennent tapisser des espèces de saillies papilliformes situées derrière le plan de la rétine. Ces ramuscules affectant des directions tout à fait anormales, il est impossible de les considérer comme dépendants du réseau vasculaire de la rétine. Il existe entre les ramifications vasculaires que nous venons de décrire quelques petits agrégats noirâtres, à contours irréguliers et de dimension variables, au milieu desquels on distingue quelques points blanchâtres plus petits. »

J'ai tenu à donner cette description en entier pour deux raisons : la première, c'est qu'on a considéré ce réseau vasculaire comme pathognomonique des sarcomes choroïdiens, et, en effet, on le rencontre d'une façon constante dans les tumeurs intra-oculaires; la deuxième, c'est que, chez mon malade, il faisait défaut, et, que, par conséquent, il ne faudrait pas

conclure de son absence à la *non malignité* de l'affection. A mon sens, la rapidité seule du développement du sarcome a empêché la formation de ces petits vaisseaux.

L'augmentation de tension pendant la première période a fait aussi défaut. En examinant la pièce anatomique, on se rend très bien compte de l'amincissement de la coque scléroticale qui a cédé en ce point. Les phénomènes douloureux n'ont paru que lorsque *l'élasticité sclératicale* eut donné tout ce dont elle était capable ; ce qui augmentait encore la difficulté du diagnostic.

M. R..., ayant été opéré le lendemain du début des accidents glaucomateux, nous n'avons eu à constater que les phénomènes douloureux et l'augmentation de la tension intra-oculaire. Si l'on tarde à faire l'énucléation de l'œil, on voit la cornée perdre sa transparence, la chambre antérieure diminuer et disparaître, la pupille se dilater comme dans une attaque de glaucome aigu. L'interrogatoire du malade permet de faire le diagnostic différentiel, lorsque les milieux de l'œil sont trop troubles pour que l'on puisse apercevoir la tumeur. L'inconvénient de l'erreur de diagnostic serait de faire pratiquer une *iridectomie inutile*, et de retarder d'autant *l'énucléation* seule ressource contre l'envahissement de l'orbite et la généralisation du mal. De l'ensemble de toutes les observations de sarcomes choroïdiens qui ont été recueillies, on peut conclure que la seule chance de salut pour le patient est l'énucléation au plus tard pendant la deuxième période. Le tissu orbitaire envahi, c'est la récidive sur place à brève échéance, et la mort par cachexie cancéreuse peu de temps après.

Néanmoins, même lorsque l'énucléation est pratiquée de bonne heure, le chirurgien doit faire les plus grandes réserves. Il n'existe pas un seul cas de guérison spontanée de sarcome choroïdien.

Je suivrai mon malade, et je vous tiendrai au courant des éventualités qui pourront se présenter. Etant donnée la rapidité de l'intervention, j'aime à croire que je n'aurai à déplorer ni récidive sur place, ni généralisation à distance. Je me féliciterai alors d'avoir attiré votre attention sur ce fait, et sur la nécessité qu'il y a à faire le diagnostic de bonne heure.

J'aurais voulu vous présenter comme corollaire de cette observation l'histoire d'un gliome de la rétine. Le gliome rétinien et le sarcome de la choroïde sont en effet les deux tumeurs qui constituent l'immense majorité des néoplasmes intra-oculaires. L'un attaque la première enfance ; l'autre n'appartient qu'à l'âge adulte. Il y a entre ces deux variétés de tumeurs de grands points de contact. Leur degré de malignité est aussi grand, l'intervention rapide (énucléation) seule peut en conjurer les terribles conséquences.

J'ai eu l'occasion d'observer l'*année dernière* un très beau cas de gliome de la rétine à la première période chez un enfant de 6 mois. Ma proposition d'énucléation a fait fuir les parents, et je ne les ai plus revus. J'ai appris récemment que l'affection progressait, et il n'est pas improbable que l'on se rende à mes raisons. Je pourrai alors vous faire l'histoire de ce cas, le comparer à celui que je vous ai soumis aujourd'hui, et rapprocher l'une de l'autre les deux pièces anatomiques, — car j'aurai encore cette fois recours à l'extrême obligeance de M. le professeur Poncet — (1).

(1) Il est un symptôme décrit par les auteurs, et auquel je n'ai pas fait allusion, c'est l'œil de chat amaurotique de Beer.

A mon avis, il appartient beaucoup plus à la symptomatologie du gliome qu'à celle du sarcome.

Qu'est-ce que l'hopéine?

(Travail du laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat),

Par le docteur Ch. Éloy.

On doit savoir gré à M. Dujardin-Beaumetz d'avoir divulgué à ses collègues de l'Académie la fraude audacieuse, — quoique assez enfantine, — dont l'hopéine a été l'objet dans ces derniers temps. Cette dénonciation a d'ailleurs une portée plus générale; elle servira d'avertissement aux importateurs et aux entrepositaires de médicaments exotiques, et mettra en défiance les praticiens pressés de les prescrire avant toute vérification expérimentale.

Faut-il, pour cela, regarder l'hopéine vraie comme un mythe? Plusieurs de nos confrères de la presse et de la pratique médicale nous le demandent; je vais m'efforcer de les satisfaire.

Sous le nom d'hopéine, on a vendu jusqu'ici deux substances qui ne se ressemblent ni par leur provenance, ni par leurs réactions chimiques ou physiologiques : l'*hopéine blanche*, d'origine étrangère, et l'*hopéine brune* ou française.

L'hopéine blanche ou anglo-américaine, dont Williamson et Springmull indiquaient naguère la préparation, que Smith essayait sur les malades et que M. Grasset recommandait au mois d'octobre 1885, serait une poudre blanche, odorante, amère, plus abondante dans le lupulin des houblons sauvages de l'Amérique et constituée par de petits cristaux aiguillés. La nature, la composition chimique et les réactions de ce produit mal déterminé restent encore un mystère comme au jour où il fut proposé aux médecins pour la première fois. Ses vertus ont été fort exagérées; telle est la conclusion de la note critique que je lui consacrais dans l'*Union médicale* du 29 octobre 1885. Vertus usurpées, paraît-il maintenant, puisque cette hopéine ne serait autre chose que la « morphine aromatisée à l'essence de houblon ».

Autre est l'hopéine brune, qui seule a motivé mes recherches de laboratoire, la note insérée dans l'*Union médicale* du 23 janvier dernier, et la communication de M. Henri Huchard, dans la séance du 10 février de la Société de thérapeutique. Préparée à Paris, et extraite du houblon au moyen du pétrole, cette hopéine, de provenance française, diffère de l'hopéine américaine par ses caractères physiques et, de la morphine pure ou sophistiquée, par ses réactions chimiques et physiologiques (1).

L'aspect physique de l'hopéine brune est celui d'une poussière jaune brunâtre, amorphe, ayant par place une apparence un peu cristalline, s'agglomérant en masses ou en plaques par l'humidité ou la dessiccation des solutions, fortement odorante et d'une saveur amère. Cette poudre surnage sur l'eau, dans laquelle elle est presque insoluble, même à la température de 100 degrés. Elle se dissout par la chaleur, dans un véhicule hydro-alcoolique à 40 pour 100. La solution ainsi obtenue possède une couleur légèrement opaline, jaunissant ensuite après quelques jours. Physiquement, du moins, il y a donc loin de cette hopéine à la morphine, ainsi qu'à l'hopéine blanche et cristallisable des observateurs anglo-américains.

Les caractères chimiques différentiels ne sont pas moins nets. Le coefficient de solubilité de l'hopéine brune ne correspond pas à celui de la morphine, fut-elle houblonnée! Elle ne donne pas la réaction de la morphine en présence de l'acide azotique (coloration orangée disparaissant par le sulfhydrate d'ammoniaque et brunissant par le chlorure stanneux). *Ce même acide azotique pur à 1°4 colore en vert clair les solutions d'hopéine brune, et cette coloration persiste tout en virant faiblement au vert jaunâtre après quelques jours.*

L'action physiologique de l'hopéine brune ne correspond pas à celle de la morphine. Son administration aux animaux ne produit ni analgésie, ni mydriase, ni phénomènes

(1) Nos échantillons proviennent du laboratoire de la maison Billaut et Billaudeau. La forme pharmaceutique leur a été donnée par un pharmacien distingué, M. E. Roussel, qui en a fait l'essai chimique, essai répété depuis dans notre laboratoire de l'hôpital Bichat

toxiques. Chez l'homme, elle ne provoque pas de nausées, de vomissements, ni d'arrêt des sécrétions intestinales. Elle procure aux malades, adultes ou enfants, un sommeil paisible, en général exempt de rêves et suivi d'un réveil sans torpeur. Cette action est différente des phénomènes décrits par les parrains de l'hopéine blanche. Elle diffère également de la narcose et du réveil morphiniques à leurs diverses périodes. L'hopéine brune est un hypnotique dépourvu de toute propriété stupéfiante, analgésique et anexosmotique.

Cela dit, pouvons-nous répondre à la question : « Qu'est-ce que l'hopéine? » Le silence des chimistes ouvre le champ aux hypothèses. Elle renferme, à côté de matières colorantes et de matières difficilement solubles, un principe fixe plus abondant, résine ou oléo-résine, auquel elle emprunterait son odeur, sa saveur, l'opalescence de ses solutions et sans doute sa réaction chimique. Il serait à désirer que cette étude fût poursuivie, car elle permettrait de terminer le débat entre ceux qui accordaient au houblon des vertus somnifères, et leurs adversaires, comme Barbier et Fronmuller, qui les lui refusaient.

Substance complexe, l'hopéine brune mérite peut-être un autre nom : on propose celui d'hopéin qui, dit-on, préviendrait de fâcheuses confusions. L'hopéine d'hier serait l'hopéin d'aujourd'hui; à moins qu'elle ne devienne l'hopéol ou l'hopéone de demain. Ce n'est là qu'une querelle de mots; retenons seulement qu'il est prudent de la distinguer de ses homonymes vrais ou faux, et de la formuler tout au moins sous la rubrique d'hopéine brune.

BIBLIOTHÈQUE

MÉMOIRES SUR L'ORTHOPÉDIE. — DES DIVERSES DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE, par E. DUVAL. — Paris, J.-B. Baillière.

Nous devons féliciter M. le docteur Duval de la brochure qu'il vient de faire paraître sur les déviations de la colonne vertébrale. Cette monographie est pleine de sages avertissements pour les malades qui trop souvent désespèrent d'arriver à l'amélioration d'un état plein de menaces pour l'avenir, s'il est abandonné à lui-même. Le praticien y trouvera toute tracée la conduite à tenir et ne passera plus à côté de ces lésions sans rien tenter contre elles, alors qu'elles peuvent céder à un traitement sérieux et bien dirigé. Ce travail a été présenté à l'Institut par le professeur Bouley, président, et à l'Académie de médecine par un de ses membres les plus compétents, le baron Larrey.

M. Duval consacre à la scoliose, à la gibbosité, au mal de Pott divers chapitres concernant l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces affections. Il n'a pas la prétention, comme il le dit dans son avant-propos, « en publiant de rapides mémoires sur les diverses difformités que comprend, et que doit seulement comprendre l'orthopédie, de retracer toute l'histoire de cette partie de la science, mais seulement de résumer, d'après son expérience déjà longue, les préceptes pratiques dont une observation clinique attentive lui paraît avoir établi la valeur, et de signaler ceux que son expérience lui a fait condamner. »

Nul n'était mieux placé que le fils de Vincent Duval pour donner ici de bons conseils; et c'est pourquoi nous recommandons à nos confrères la lecture de cette monographie, dont une courte analyse ne saurait leur donner une idée suffisante.

REVUE DES JOURNAUX

De l'antipyrine dans le rhumatisme. par L. SECRETAN. — Dans le but de vérifier l'utilité de ce médicament contre le rhumatisme articulaire, cet observateur l'a prescrit à 20 malades ; dont 11 étaient en puissance de rhumatisme subaigu, apyrétique d'emblée et 9 de rhumatisme franchement inflammatoire avec température élevée, douleurs et

arthrites. Dans la première série, il y eut 9 guérisons et l'amélioration survint dès le second jour du traitement. Dans la deuxième, il y eut 7 guérisons. La douleur et la fièvre cédèrent vers le deuxième jour, mais les rechutes furent fréquentes. L'antipyrine ne les éloignait pas ; par contre, elle avait l'avantage de ne provoquer ni les actions secondaires du salicylate, ni phénomènes cérébraux. Une seule fois son administration a été suivie d'une éruption exanthématique.

M. Secretan prescrit l'antipyrine en solution aqueuse, à la dose de 6 grammes en vingt-quatre heures pour un adulte, à prendre par cueillerée à bouche, de deux en deux heures. Cette dose est celle à laquelle il administre le salicylate. En outre, c'est là, une *dose initiale*, qu'il continue rarement au delà du troisième jour, car, à mesure que les douleurs diminuent, il l'abaisse à 4 grammes, 3 grammes, 2 grammes, pour la cesser deux jours après la cessation de toute douleur. M. Secretan compare l'action de l'antipyrine à celle du salicylate ; ces deux médicaments agissent sur le symptôme fièvre et sur le symptôme douleur, mais non pas sur la cause même du rhumatisme. — *Revue médicale de la Suisse romande :* 15 déc. 1885, p. 718. — C. L. D.

De l'action physiologique des préparations de pulsatille, par Mikhael Bronevsky. — La substance retirée de l'anémone pulsatille et de l'anémone des prés, sous le nom d'anémonine, agit sur le centre respiratoire ; d'abord pour le stimuler, plus tard pour le paralyser; diminue l'activité cardiaque, et diminue la motilité volontaire en modifiant les centres nerveux spinaux. Elle produit par arrêt du cœur la mort des chiens et des grenouilles, à la dose de 3 grammes d'extrait en injection sous-cutanée. Elle leur est toxique encore en infusion et en décoction à 10 pour 100, et sous forme de 1 à 2 grammes de teinture.

1 décigramme d'anémonine tue une grenouille en une heure ; 6 centigrammes en trois heures ; 4 centigrammes en quatre heures et demie; 1 centigramme en vingt-quatre heures. Les chiens succombent vingt-quatre ou trente-six heures après l'injection hypodermique de 2 grammes de cette substance, qui est plus toxique pour les animaux à sang chaud. Elle produit une dyspnée croissante, le retard du cœur ; de la torpeur, la paralysie des membres et à très hautes doses, de la diarrhée. Par l'autopsie on constate que tous les organes parenchymateux sont hypérémiés.

M. Bronewsky a essayé avec succès l'anémonine contre le catarrhe bronchique, la coqueluche et l'asthme bronchique. Les doses quotidiennes variaient de 5 à 10 centigrammes, sous la forme de poudre administrée en deux prises. A la dose de vingt centigrammes, les malades éprouvent de la céphalalgie et de la pesanteur des membres. *The London med. record.*, 15 octobre 1885, p. 437. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Bien qu'étranger à la savante Société lyonnaise, M. de Fromentel a présenté à ses membres son mémoire sur les *synalgies ou synesthésies douloureuses*. Les synalgies dont l'étude complète est encore à faire sont des variétés de synesthésie dans lesquelles l'excitation de points de la peau provoque à distance des sensations douloureuses ou désagréables dans un second point sympathique du premier.

La recherche et la topographie de ces points n'intéressent pas seulement la curiorité du physiologiste; elle touche encore à la pathologie, puisqu'il existe des douleurs synalgiques de valeur diagnostique bien connue; telles les rachialgies des affections utérines et la douleur du méat urinaire chez les calculeux. Le mémoire de M. de Fromentel aura le mérite de la priorité dans cette question de physiologie pathologique, sur laquelle la lumière n'est pas encore faite.

Moins obscure, mais non moins discutée, est celle de l'*uréthrotomie externe sans conducteur*. Cette opération possède un chaleureux avocat dans la personne autorisée de

M. Ollier, qui la recommande comme une opération de choix dans les rétrécissements serrés, difficiles à vaincre, comme elle est une opération de nécessité contre les rétrécissements infranchissables. Quarante fois il a eu l'occasion de la pratiquer, et quarante fois il a eu à se louer de ce mode d'intervention opératoire. Voilà une statistique qui, peut-être, pourra vaincre les hésitations de chirurgiens moins décidés ou plus prudents.

M. Ollier incise le canal sur la sonde au devant du rétrécissement, puis d'avant en arrière et par étapes en suivant la direction plus ou moins variée du canal. L'état des reins, les accès fébriles antérieurs ou la présence de l'albumine dans les urines n'arrêtent pas son intervention; car, le moyen « de couper court à ces accidents et d'en « conjurer les danger est, dit-il, de passer vite et d'ouvrir largement le canal... Les « altérations vésicales ou rénales sont sans doute de mauvaises et souvent de très mauvaises conditions; mais ce sont, ajoute-t-il, des indications opératoires, puisque « le meilleur moyen de prévenir des accidents mortels c'est de donner immédiatement « une libre issue à l'urine. » Au reste, le chirurgien lyonnais estime qu'avec la cautérisation de la plaie périnéale et le pansement à l'iodoforme, on prévient opportunément et combat utilement tous les accidents septiques.

Une lecture de M. Renaut intéresse plus particulièrement la clinique médicale, puisqu'elle a pour objet et pour titre : *Les accidents parasyphilitiques.*

Qu'est-ce qu'un accident parasyphilitique? Le mot est nouveau; M. Renaut le propose et l'emploie pour désigner des accidents se montrant à l'occasion de la syphilis, sans toutefois rentrer dans la catégorie des manifestations réellement syphilitiques; telles seraient certaines coliques hépatiques, certaines poussées de néphrite albumineuse ou les symptômes de rhumatisme pyogénique chez des individus en pleine évolution syphilitique.

Quelle que soit sa nouveauté, et sans doute parce qu'il est de compréhension trop étendue pour être précise, ce mot ne satisfait pas MM. Diday et Aubert. Ils n'ont sans doute pas tout à fait tort; il semble, qu'en effet, on pourrait tout aussi bien l'appliquer à tous les accidents survenant dans les mêmes circonstances pathologiques, comme le psoriasis lingual, par exemple; ces accidents ayant « un pied à la fois dans la syphilis et dans les maladies ordinaires ». Ce mot attendra donc encore un peu ses lettres de naturalisation.

Une communication d'un autre ordre a encore provoqué des objections. Il s'agissait des *fumiers* auxquels M. Ferrand impose un rôle considérable dans la pathogénie rurale des maladies infectieuses et surtout de la diphthérie. Cet hygiéniste fait appel aux autorités municipales, et compte sur leurs arrêtés pour la disparition de cette cause d'insalubrité. Aucun vœu ne saurait être plus honorable; mais, je le crains bien, aussi platonique, même avec l'appui de la Société nationale de médecine de Lyon dont l'activité scientifique ne se désintéresse jamais des questions où l'humanité est en cause tout autant que l'hygiène. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. le docteur Riant, pour la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale; de M. le docteur Mahé, médecin sanitaire à Constantinople, pour le titre de membre correspondant national;

2° Une lettre de M. le docteur Riant accompagnant l'envoi d'un certain nombre de brochures sur l'hygiène, pour le concours du prix Vernois;

3° Une lettre de M. le docteur Beugnier-Corbeau, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

M. Le Roy de Méricourt présente un travail de M. le docteur Eugène Bourguet

(d'Aix), une brochure intitulée : *Le choléra dans l'arrondissement d'Aix en 1884 et 1885.*

M. Larrey dépose sur le bureau une série de livres et de brochures en langues étrangères (anglaise et allemande).

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° au nom de M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, une brochure intitulée : *Action hypnotique de l'uréthane* (ou carbonate d'éthyle); — 2° en son propre nom, le 12e fascicule du *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales.*

M. Empis présente, de la part de MM. Alphand et baron Ernouf, un beau volume intitulé : *L'art des jardins, parcs, jardins et promenades.*

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Mahé, médecin sanitaire à Constantinople, une brochure intitulée : *Mémoire sur la marche et l'extension du choléra asiatique des Indes orientales vers l'Occident, depuis les dix dernières années* (1875-1884).

M. le Président déclare une vacance dans la section d'anatomie pathologique.

M. Caventou, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

M. Alphonse Guérin est, comme M. Peter, un zélé partisan de la médecine traditionnelle, mais il craindrait de se montrer irrévérencieux envers elle si, à l'exemple de son collègue, il parlait de la médecine de l'avenir. En effet, la science est perfectible, mais les découvertes modernes ne donnent pas un démenti à tout ce que les maîtres ont antérieurement enseigné. Déjà, dans l'article Septicémie du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Guérin, en parlant des *ptomaïnes*, avait insisté sur ce point que, si les ptomaïnes pouvaient expliquer la mort extrêmement rapide amenée par l'introduction d'un morceau de cadavre sous la peau d'un animal, il y a des septicémies qui ne ressemblent en rien à l'empoisonnement par les ptomaïnes. Les circonstances dans lesquelles ces alcaloïdes se produisent devaient se rencontrer très souvent dans les plaies pansées comme on le faisait naguère encore, et cependant les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par les ptomaïnes, du moins tels qu'ils ont été récemment décrits, ne se sont peut-être jamais présentés sous le regard du chirurgien. Il faut donc bien invoquer autre chose pour expliquer ces septicémies, ces infections purulentes débutant par de longs frissons qui menacent surtout les opérés. Ces complications chirurgicales ont une tout autre physionomie que les phénomènes de stupeur et de paralysie musculaire avec abolition de la contractilité, quelquefois accès convulsifs, troubles pupillaires, etc., qu'on a observés sur les animaux empoisonnés par les ptomaïnes.

M. Guérin tient à rappeler encore ce qu'il a déjà rappelé souvent, à savoir qu'il a été le premier à reconnaître et à proclamer le rôle joué par les ferments et par les germes atmosphériques dans la genèse des septicémies. Il ne peut donc laisser renverser l'édifice dont il a posé la première pierre.

La croyance générale aux micro-organismes a une base vraiment scientifique, mais ici, comme en toute chose, l'exagération a été nuisible. On n'a pas voulu se borner à croire ce qui était vrai et prouvé, on a vu partout des microbes et c'est ce qui motive aujourd'hui un certain mouvement de réaction. Si M. Peter, en luttant contre ce qu'il appelle la tyrannie de la théorie microbienne, ne vise pas à autre chose qu'à montrer les excès dans lesquels sont tombés certains partisans de cette théorie, les abus qu'on en fait, M. Guérin sera avec lui de tout cœur. Mais, s'il veut nier l'influence évidente des germes, s'il voit dans la découverte des ptomaïnes et des leucomaïnes la condamnation de la doctrine microbienne appliquée à la médecine, il outrepasse la pensée de M. Gautier, et il cesse d'être dans le vrai. Les ptomaïnes ne peuvent pas expliquer l'érysipèle et l'infection purulente. Peut-être peuvent-elles conduire à mieux comprendre le tétanos et surtout l'érysipèle bronzé, cet accident étrange qui cause la mort des tissus

comme le ferait une dose énorme de venin. Peut-être aussi les ptomaïnes éclaireront elles d'un jour nouveau l'histoire de l'infection putride qui diffère essentiellement de l'infection purulente aussi bien par ses symptômes que par ses lésions anatomiques.

En terminant, M. Guérin tient à renouveler l'expression de son admiration pour les recherches de M. Gautier.

M. Peter demande à répondre au discours prononcé dans la dernière séance par M. Gautier. Il montre la pathologie versant de plus en plus de nos jours dans l'ornière du parasitisme.

Des maladies qui jusqu'à ce jour avaient été considérées comme étant produites par l'action du froid, la pneumonie, le rhumatisme et, à sa suite, l'endocardite, sont réputées maladies parasitaires, de par la doctrine nouvelle, et dues à des microcoques.

S'il en était ainsi, on pourrait se demander comment la pneumonie, comment le rhumatisme présentent des symptômes et une gravité si différente suivant l'âge des individus atteints, ou suivant qu'ils en sont à leur première, à leur deuxième ou à leur troisième atteinte ? On pourrait se demander par quel singulier caprice le microbe de l'endocardite végétante va se loger sur les valvules, c'est-à-dire sur les points les plus mobiles de l'organe, là où il est exposé à être ballotté sans cesse par le courant sanguin. Dans les données de la pathologie ordinaire, le siège de la lésion s'explique tout naturellement par le fait que le point dont il s'agit est celui qui est le plus exposé aux chocs de l'ondée sanguine, c'est-à-dire aux causes d'irritation. Si l'endocardite devient infectieuse, végétante, c'est à l'influence prédominante d'un mauvais état général de l'organisme qu'il faut l'attribuer, influence qui fait qu'au lieu d'une prolifération limitée, il se produit une végétation exubérante, avec formation d'espèces de kystes qui se rompent et donnent lieu à une sorte d'infection générale. Pour M. Peter le microcoque se développe dans l'intérieur de ces kystes, mais ne vient pas du tout de l'extérieur, comme l'enseigne la doctrine microbienne.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans la communication faite par M. Gautier, c'est le fait de la production dans l'organisme vivant, par le fait même de la vie, au sein de la cellule vivante et agissante, d'alcaloïdes particuliers analogues aux ptomaïnes des cadavres. Cest là, suivant M. Peter, un horizon nouveau, un champ immense ouvert à la pathologie et que la médecine de l'avenir fécondera.

M. Peter rappelle que, dès l'année 1867, deux savants, MM. Béchamp et Estor, ont démontré, par l'observation de phénomènes d'altération produits par le froid sur certaines plantes, que le développement de bactéries était dû à l'évolution et à la transformation des microzymas, c'est-à-dire des granulations infiniment petites contenues dans les cellules végétales, comme dans celles des animaux. L'épiderme des feuilles de ces plantes étant absolument intact, on voyait dans les parties saines les microzymas à l'état normal, tandis que, dans les parties altérées, on pouvait suivre la transformation de ces granulations élémentaires en véritables bacilles, en bactéries parmi lesquelles était facile à reconnaître le *bacterium termo* en nombre considérable.

Ainsi, bien avant la discussion actuelle, deux savants avaient démontré que les phénomènes de fermentation sont dus à l'évolution des microzymas.

M. Peter déclare partager entièrement, pour son compte, l'opinion de M. Béchamp; il pense que ces microbes, ces germes atmosphériques que l'on observe dans les tissus des végétaux, des animaux et de l'homme en particulier, sont dus au fonctionnement de la vie elle-même, par la voie des exhalations et des sécrétions qui se font par tous les émonctoires de l'économie; c'est l'évolution moléculaire, l'évolution du microzyma de M. Béchamp ou de l'organite de M. Bouchardat, comme on voudra l'appeler, l'évolution, en un mot, de la molécule organisée vivante qui produit les microbes.

C'est ainsi qu'il faut comprendre la genèse des maladies toujours dues, suivant lui, à l'évolution spontanée des molécules de l'organisme.

C'est ainsi qu'il faut comprendre, en particulier, la genèse de cette petite épidémie de fièvre puerpérale dont M. Léon Le Fort a donné la relation dans la dernière séance. M. Peter ne saurait admettre avec M. Verneuil que cette épidémie ait pu être engendrée par la petite fistule suppurante de la cuisse chez la première femme morte de fièvre

puerpérale. On ne comprend pas que le microbe de la fièvre puerpérale ait pu habiter ainsi pendant dix-huit mois cette fistule sans donner lieu à aucune manifestation morbide, jusqu'au moment où cette femme est accouchée. Il est plus rationnel de penser que, sous l'influence d'un mauvais état général, le traumatisme puerpéral s'est transformé en une maladie infectieuse et contagieuse, laquelle a fait successivement sept victimes. C'est le mauvais état général de l'organisme, non le microbe latent de M. Verneuil, qu'il faut accuser.

Dans la production des maladies générales, il faut toujours admettre une prédisposition en vertu de laquelle le microbe, puisque microbe il y a, se transforme, et de microbe *hygi-gène*, si l'on peut ainsi dire, devient *pathogène*.

M. Cornil désire répondre à certaines affirmations émises par M. Peter. Tout le monde sait qu'il faut, en pathologie, tenir compte à la fois des causes occasionnelles des maladies et du milieu vivant; mais cette vérité de la médecine traditionnelle ne doit pas nous empêcher de reconnaître et d'admettre les autres causes dont les progrès accomplis dans ces dernières années ont révélé l'influence.

M. Peter attribue uniquement aux conditions variées de l'état général de l'organisme la cause qui fait que, chez tel individu, la pneumonie est grave, tandis que, chez tel autre, elle est légère; il n'admet pas l'action des microbes. Cependant l'observation a montré que, dans toutes les pneumonies, dans la pneumonie franche comme dans la pneumonie secondaire, dite *infectieuse*, il existe des microbes, et ces microbes, cultivés et injectés aux animaux, ont produit chez eux la pneumonie. Il ne faut pas confondre, d'ailleurs, l'infection avec la gravité d'une maladie. Toujours la pneumonie est infectieuse, mais elle n'est pas toujours grave; sa gravité est en rapport avec le degré de résistance des individus. Il paraît certain, d'ailleurs, que les microbes de la pneumonie sont de divers ordres et manifestent des propriétés différentes. Le froid n'est qu'une cause occasionnelle qui, agissant sur des individus affaiblis, les rend plus aptes à centracter la maladie produite par l'action des micro-organismes.

Il en est de même de l'endocardite. M. Peter s'étonne que le microbe de cette maladie aille se loger sur le bord des valvules, précisément sur la partie la plus mobile de l'organe et la plus exposée aux chocs du courant sanguin. Mais c'est une loi démontrée en microbiologie que s'il existe un point de l'organisme plus particulièrement faible, c'est là que va se loger le microbe.,

Or, on peut considérer les valvules comme un point plus particulièrement faible, puisqu'elles subissent incessamment les frottements, les chocs, les contusions, les meurtrissures, en un mot les petits traumatismes produits par le courant sanguin.

Suivant M. Peter, la cause des maladies infectieuses tient uniquement au mauvais état général de l'organisme. Mais alors pourquoi y a-t-il tant de maladies générales différentes, si la cause de ces maladies est unique? Pourquoi la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, l'érysipèle, etc.? Comment comprendre l'existence de tant d'espèces morbides, si l'on ne fait intervenir dans leur production que les seules forces de l'organisme? N'est-il pas plus rationnel d'admettre que ces espèces morbides différentes sont dues à des micro-organismes différents, puisque, d'ailleurs, l'observation et l'expérience ont démontré l'existence de ces microbes?

M. Peter, qui ne veut pas admettre les microbes venus du dehors, ne pouvant les nier, les fait naître dans l'organisme lui-même en les attribuant à la simple transformation des microzymas de M. Béchamp; mais alors il n'y aurait, il ne devrait y avoir qu'une espèce de microbes, puisque le germe serait partout et toujours le microzyma. Or, il n'en est malheureusement pas ainsi, et la bactériologie est bien autrement compliquée, comprenant une quantité colossale d'espèces différentes dont l'étude n'est point encore achevée. La bactériologie est une science à part qu'il faut étudier pour la connaître, et la nier n'est pas faire preuve d'un esprit véritablement scientifique.

M. Gautier reste dans le doute sur la question de savoir si l'organisme à l'état sain peut produire des *leucomaïnes* en dehors de toute influence due à la présence des microbes. M. Peter va donc au delà des affirmations de M. Gautier, en tirant des recherches de ce dernier la conséquence que l'organisme crée les microbes.

Nous savons, depuis les belles découvertes de M. Pasteur, que ni le sang, ni l'urine, ni aucun des liquides intérieurs de l'organisme à l'état normal ne contiennent de microbes.

Il est aujourd'hui démontré que les microbes qui existent en nous proviennent de l'air atmosphérique puisque on ne les rencontre à l'état sain que dans les parties qui sont en communication directe avec l'atmosphère.

Comme conclusion des observations qu'il vient de présenter, M. Cornil déclare que, sans méconnaître l'influence des causes générales des maladies, ni le rôle des milieux intérieurs et des conditions individuelles, il convient d'attribuer une importance considérable, en étiologie, à l'introduction des micro-organismes dans l'économie. La spécifité des maladies, en particulier, ne peut se comprendre et s'expliquer que par la bactériologie, qui dans l'évolution des progrès de la science accomplis dans ces dernières années, sous l'impulsion des grandes découvertes de M. Pasteur, a pris la place de l'anatomie pathologique.

M. Peter fait observer, en réponse à une objection de M. Cornil, que M. Gautier, dans sa communication, a admis la formation, dans les profondeurs de l'organisme à l'état sain, dans les muscles en particulier, de *leucomaïnes* sans intervention de microbes.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Collutoire et douche contre l'angine granuleuse. — Demarquay.

Tannin.....	4 grammes.
Glycérine pure.....	30 —

Faites dissoudre. — On porte directement cette solution sur le fond de la gorge, dans le cas d'angine granuleuse des enfants.

Le docteur E. Labbée conseille de joindre à ces attouchements une douche quotidienne, faite au moyen de l'irrigateur ordinaire, avec le liquide suivant : Tannin, 1 gramme. — Glycérine pure, 50 grammes. — Eau, 100 grammes. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Martin Spillmann, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Il était le père du docteur Paul Spillmann, agrégé de la Faculté, et de Eugène Spillmann, médecin principal, décédé l'an dernier à Alger.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 février 1877, a légué à la Faculté de médecine de Paris :

1° Une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène;

2° Une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

En 1886, il y aura lieu de décerner le prix annuel de 1,500 francs.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Par décret en date du 28 janvier 1886, M. A. Bouchacourt, professeur de la clinique d'accouchements, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite et a été nommé professeur honoraire.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Les lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. — II. Revue des Journaux : Cas d'hémorrhagie de la moelle épinière. — Action locale du chlorydrate de cocaïne en injections hypodermiques. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

Les lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice.

I

Si on laisse de côté plusieurs observations de Friedreich qui se rapportent plus spécialement à l'ataxie héréditaire, on doit citer Charcot et Vulpian comme ayant des premiers signalé expressément les désordres cardiaques qui se rencontrent dans l'ataxie, la fréquence du pouls, les palpitations et même les lésions cardio-aortiques, qu'ils considéraient comme intervenant dans l'issue terminale aussi fréquemment que les lésions du rein et du poumon.

Toutefois, le problème de la relation causale entre les deux ordres de faits ne s'est nettement posé qu'à la suite de la mention, par Berger et Rosenbach, dans une très courte note, de sept observations sommaires de tabès avec insuffisance aortique (1).

En France, c'est Grasset, dont l'attention avait déjà été attirée sur ces faits avant d'avoir pris connaissance du texte de Berger et Rosenbach, qui publiait le premier travail d'ensemble sur la question, basé sur un total de 24 cas (2).

Depuis lors, les recherches se sont multipliées; les travaux et les observations d'Anjel, de Letulle, de Truc, de Renaut, de Teissier, de Bouveret, de Sarda, les thèses de Jaubert, de Balakis, d'Albespy, de Zohrab, ont en peu de temps accumulé les éléments d'observation et scruté sous toutes ses faces le problème pathogénique. Jaubert avait recueilli 36 observa-

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1879, p. 402.
(2) *Montpellier médical*, 1880, p. 483.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les mystères de la main.

La chiromancie vient de perdre, en Desbarolles, son plus illustre représentant, et Alexandre Dumas fils, en disant les derniers adieux au défunt, a célébré non seulement l'homme qui était lié d'amitié avec Dumas père, mais aussi la science à laquelle Desbarolles a voué sa longue existence de quatre-vingt-cinq années, et attaché son nom. Faut-il sourire de la chiromancie, comme on le fait volontiers; faut-il la prendre au sérieux? C'est sans doute entre ces deux opinions, dans le juste milieu, asile de la vertu selon l'adage ancien, que doit se trouver aussi la vérité sur la chiromancie. Parmi les esprits forts qui aiment à en plaisanter, qui pourrait se vanter de n'y pas croire un peu, de ne s'être jamais senti ni curieux ni ému aux révélations parfois étranges que vous font les chiromanciens?

De prime abord, on peut trouver étonnante cette science qui consiste à vous regarder dans le creux de la main au lieu de vous examiner la mâchoire pour savoir si vous avez une disposition à perdre vos dents. Mais on doit distinguer, dans la chiromancie, un côté fantaisiste, qui en fait un amusement de société, à l'instar du loto, et quelque chose aussi de réel et de fondé, dont nous, médecins, nous sommes les premiers à

tions, J. Teissier, 52; Bouveret en compte 57, Sarda en aligne 66 (1). Leur nombre, aujourd'hui, atteint près de 80.

Il est donc constant que les lésions cardio-aortiques ne sont pas rares dans l'ataxie locomotrice; on comprend l'intérêt qui s'attache à déterminer la raison d'être d'une association qui ne saurait avoir rien de fortuit.

Toutes les statistiques s'accordent à reconnaître la prédominance des lésions aortiques et, en particulier, de l'insuffisance; toutefois, toutes les lésions et toutes les combinaisons des lésions cardiaques, à l'exception de celles du cœur droit et de l'hypertrophie pure, ont été rencontrées. L'insuffisance aortique pure, isolée, revendique le tiers des cas; l'insuffisance mitrale, le cinquième seulement; puis viennent, avec une fréquence décroissante, l'insuffisance et le rétrécissement aortique simultanés, l'athérome aortique, l'état fenêtré des valvules sigmoïdes de l'aorte, le rétrécissement aortique, l'insuffisance mitrale et le rétrécissement aortique, le rétrécissement mitral; enfin, l'insuffisance aortique et l'insuffisance mitrale. La statistique de Jaubert fournit 70 p. 100 de lésions aortiques de toute sorte; celle de Bouveret, 71 p. 100; celle de Sarda, 74 p. 100.

Or, la cause habituelle des affections du cœur, le rhumatisme, a le plus souvent fait complètement défaut; d'autre part, la plupart des ataxiques sont des adultes, ont moins de 50 ans, appartiennent, par conséquent, à une période de la vie, — la statistique l'a démontré, — où les affections mitrales et aortiques se rencontrent avec une égale fréquence. Force est donc de reconnaître que des causes particulières, se dérobant à l'étiologie commune des cardiopathies, solidarisent le tabes et les lésions aortiques qui lui sont si fréquemment associées.

II

Berger et Rosenbach ne s'étaient pas aventurés à l'édification d'une

(1) *Montpellier médical*, 1885, octobre et novembre.

tirer parti. La médecine légale fait tous les jours de la chiromancie, quand elle relève l'indice certain d'une profession sur la main des criminels ou de leurs victimes. L'arthritisme, la prédisposition à la phthisie pulmonaire, bien d'autres maladies, se traduisent par des déformations des doigts, et quand nous lisons ces signes pronostiques sur les mains de nos malades, nous prédisons l'avenir, comme les chiromanciens de profession.

La prédiction de l'avenir est, en effet, ce qui donne à la chiromancie ses allures de sorcellerie, ce qui fait ressembler ses adeptes aux somnambules de foire et aux tireuses de cartes; c'est aussi son attrait et la raison de ses succès dans le monde. Nous sommes naturellement si amoureux du merveilleux, si épris du surnaturel, que nous accordons toujours une attention inquiète aux boniments des sorciers ou des pythonisses de salon, qui se vantent de pénétrer les mystères de notre âme et de notre existence future, en nous palpant le métacarpe. Le genre de prédictions qui sort de cet examen tourne dans un cercle assez étroit, et porte sur des événements qui ont bien des chances de se réaliser : vous serez gravement malade, vous déménagerez, vous aurez une dispute avec votre concierge, votre propriétaire voudra vous augmenter. Eh bien! malgré leur simplicité, ces horoscopes nous font encore de l'effet, quand ils sont formulés avec la mise en scène que savent y mettre les gens du métier. Les plus malins ne manquent pas de terminer leur consultation en déclarant qu'ils viennent d'apprendre dans les lignes de votre main quelque chose de si grave sur votre compte, qu'il leur est impossible de le dire; et, malgré vos instances, ils vous laissent sur cette

théorie pathogénique. Grasset, le premier, tenta de rattacher les cardiopathies au groupe des affections cardiaques d'origine réflexe. Les excitations extra-physiologiques des nerfs sensitifs, ainsi que l'ont démontré de nombreuses expériences, celles de Couty, Charpentier, F. Franck, retentissent immédiatement sur le cœur pour en troubler le rythme et sur les vaisseaux appelés à subir des pressions anormales par suite de l'exagération de la tension sanguine. Indépendamment des désordres matériels que peut produire directement cette dernière cause, les troubles fonctionnels répétés peuvent, sans doute, aller jusqu'à provoquer le développement de lésions permanentes. L'ataxique, a-t-on dit encore, avec son pouls précipité, aurait autant de droit à devenir cardiaque que le malade atteint de goître exophthalmique.

Malheureusement pour la théorie, on voit des tabétiques tourmentés pendant de longues années par des crises de douleurs fulgurantes les plus violentes ne présenter aucun trouble du côté du cœur, à côté d'autres ataxiques, cardiopathiques, ceux-là, sans que le phénomène douleur ait été jamais, chez eux, très accentué; on a pu ausculter des malades en pleine attaque de douleurs fulgurantes sans jamais saisir sur le fait les troubles fonctionnels préparatoires des lésions constituées; on a vu, enfin, les lésions cardiaques précéder l'ataxie ou en marquer le début.

Un seul fait, peut-être, parmi toutes les observations qui ont été produites, pourrait être cité à l'appui de la thèse de Grasset; encore est-il susceptible d'une interprétation toute contraire. C'est une malade (obs. IV, de Truc), se mourant de congestion pulmonaire, qui a présenté dans les derniers temps de sa vie un souffle systolique de la pointe avec propagation dans l'aisselle (1). A l'autopsie, l'intégrité des orifices et des valvules était complète. Il se trouve d'ailleurs que, dans l'observation écourtée de cette femme, il est beaucoup plus question de désordres moteurs et sensoriels que de troubles sensitifs, à peine mentionnés au début de la maladie.

(1) *Lyon médical*, 1883, I, p. 478, 509, etc.

énigme, qui peut devenir un motif d'obsession pour les gens impressionnables. Parfois aussi la chiromancie sert de passeport à de menues impertinences; aux vérités qu'on découvre entre la ligne de vie et le mont de Saturne, on ajoute celles qu'on veut exprimer crûment à la personne qui s'est laissé mettre sur la sellette. Enfin, la chiromancie est un bon prétexte à marivaudage et à insinuations galantes, Vénus jouant un rôle énorme parmi les accidents de terrain que nous avons dans le creux de la main. Quand elle n'est rien de tout cela, la chiromancie reste un moyen de passer le temps, le soir après dîner, moyen qui exige moins de préparatifs que les tables tournantes, et qui expose à moins de déboires; car les tables ne tournent pas toujours, malgré la persévérance des amateurs de ce sport.

***

Sous ces aspects frivoles, la chiromancie ne s'impose évidemment pas comme une science exacte; seconde vue, variations sur le caractère et les passions des gens, promesses de bonheur, menaces de revers, ce sont les ingrédients dont les chiromanciens assaisonnent leur travail pour la satisfaction de leur clientèle : bagatelles nécessaires au goût du public. Quant au vocabulaire spécial de la chiromancie, ses antiques et respectables origines ressortent clairement du violent parfum d'astrologie et d'alchimie qui s'en dégage. Tout le système planétaire est représenté dans les dépressions et les éminences de la paume des mains : Vénus, Saturne, Jupiter, Mercure, Mars, la Lune ont chacun leur territoire dans cette géographie cutanée, et le jargon chiromancien se

Si, malgré le silence de l'observation et la concomitance de l'affection pulmonaire, on était tenté de rapporter les troubles fonctionnels du cœur au réflexe douloureux, il y aurait lieu de faire observer que, précisément, le dérangement fonctionnel n'a pu, dans ces cas, aller jusqu'à la lésion matérielle.

Au reste, les expériences d'Arloing et Morel ont montré que le retentissement de l'excitation douloureuse sur le cœur, a pour intermédiaire la contriction vaso-motrice du poumon avec surélévation de la tension sanguine dans l'artère pulmonaire, et se traduit alors par l'insuffisance tricuspide. Le souffle tricuspidien est en réalité la lésion typique de la cardiopathie réflexe; c'est lui qu'on rencontre chez les ictériques, à la suite de certaines lésions de l'intestin, des ligaments larges. D'autre part, c'est plutôt l'hypertrophie qui est l'expression clinique du cœur surmené par la douleur; tout nerf sensitif comprenant à la fois des fibres sensitives et des fibres vaso-motrices, le spasme vasculaire associé à l'impression douloureuse, a pour résultat de créer un obstacle à la circulation artérielle périphérique et de provoquer par exagération fonctionnelle l'hypertrophie du myocarde.

Or, il se trouve que les lésions du cœur droit et l'hypertrophie primitive sont complètement exclues, ainsi qu'il ressort de notre énumération, des différentes lésions isolées ou combinées du cœur ataxique.

III

Il semble donc inadmissible que le tabes engendre les lésions cardiaques par voie réflexe au titre de maladie douloureuse; mais les différents troubles de la nutrition cardio-vasculaire ne pourraient-ils être envisagés comme des lésions trophiques de même ordre que les lésions osseuses, articulaires, par exemple, bien étudiées dans ces derniers temps, sous la dépendance directe d'altérations plus ou moins diffusées des zones radiculaires postérieures? L'attention a été récemment attirée sur les troubles vaso-moteurs de l'ataxie, et qu'on accepte ou non l'existence des nerfs tro-

---

confondrait facilement, à distance, avec un cours d'astronomie. Pour tout dire, ce langage est peu clair ; ce ne sont que montagnes et vallées, compliquées de lignes, de points, de courbes, de ronds, avec un sens cabalistique, et une forte dose d'illuminisme ; c'est l'impression que donne le livre de Desbarolles, dont les indications semblent tirées des nuages beaucoup plus que des formes visibles de la main.

On peut faire bon marché, en somme, de la chiromancie proprement dite, celle qui établit la destinée des gens d'après l'enchevêtrement des sillons que nous avons dans le creux de la main. Mais il est une autre branche de cette science, qu'on appelle la *chirognomonie*, et qui repose sur des données moins vagues, faciles à vérifier tous les jours. Il s'agit ici, non plus des interruptions de la ligne de vie, des bifurcations de la ligne de chance, de la rotondité de Mercure, de l'effacement de Jupiter, mais seulement de la forme générale de la main; or, il est incontestable que les différentes aptitudes de l'esprit répondent à des formes de mains très distinctes, et presque significatives. Cette subdivision de la chiromancie me paraît seule digne de foi ; il est même difficile de n'y pas croire, tant la démonstration de ses principes est commune.

On peut reconnaître trois types principaux dans la forme des mains : la main toute en longueur, aux doigts minces et effilés, qui appartient aux gens d'imagination, aux poètes, musiciens, peintres, etc. ; la main ramassée, aux doigts courts, qui dénote une tendance aux idées générales, aux vues d'ensemble, à l'exclusion des détails; enfin la main de moyenne longueur, avec les doigts en spatule et de larges ongles carrés recouvrant la phalangette; c'est la main des instincts pratiques, de l'amour du calcul, la

phiques distincts, cette région du tractus intermedio-lateralis, si vulnérable dans le tabes, intervient assurément dans les phénomènes de l'un et l'autre ordre.

Ce ne serait là, du reste, qu'un cas particulier, mais le plus fréquent et le plus légitime, de la loi de corrélation des lésions cardiaques et des maladies encéphalo-médullaires en général, que la thèse de Zohrab s'est efforcé de faire ressortir (1).

J. Teissier a été porté à insister sur la nature trophonévrosique des altérations cardio-vasculaires du tabes après avoir rencontré plusieurs fois, aux autopsies d'ataxiques, une sorte d'état criblé, de mal perforant des sigmoïdes aortiques, déjà signalé par Friedreich dans son mémoire sur l'ataxie héréditaire (2).

Ces perforations ne sont pas plus, d'ailleurs, ainsi que d'amples recherches l'ont démontré, le résultat d'une malformation congénitale que d'une altération sénile ou d'une dégradation cachectique de cause banale. La lésion a été rencontrée *presque* exclusivement chez des nerveux chroniques, et deux malades qui, après les ataxiques, ont présenté la lésion la plus accentuée étaient l'une épileptique, l'autre affectée de maladie de Parkinson.

Il semblerait donc que les troubles trophiques des valvules aortiques revendiquent légalement leur place à côté des nombreuses altérations de nutrition sous la dépendance du tabes. Mais ce qui tend à affaiblir la portée de cette relation, c'est que M. J. Teissier même a rencontré cette lésion sigmoïde en dehors de tout état nerveux, chez un cardiaque, chez un tuberculeux; c'est surtout qu'il note l'intégrité absolue de l'aorte en coïncidence avec l'état fénêtré des valvules chez les tabétiques, alors que le bulbe aortique est une des premières régions à présenter d'ordinaire les signes

(1) Rapports des lésions organiques du cœur avec certaines affections du système nerveux, etc. Th. de Lyon, 1885.

(2) *Lyon médical*, 1884, I, p. 174.

main des hommes d'affaires. On n'a qu'à regarder autour de soi pour trouver les occupations, ou tout au moins les goûts de chacun, ordinairement d'accord avec la forme des mains, suivant la classification ci-dessus; les exceptions sont rares, et ces indications ne sont pas inutiles à consulter chez les enfants pour le choix d'une carrière. Aux mains fines, un peu maigres, avec les doigts en fuseaux, on fera cultiver les arts; aux mains trapues, les sciences, les lettres, ou la philosophie; enfin aux doigts en spatules on réservera le commerce, la banque, le négoce des lorgnettes et toutes les manipulations qui se pratiquent derrière un grillage, avec accompagnement de sébilles et de gros registres.

Desbarolles, dans la partie de son livre consacrée à la chirognomonie, décrit aussi ces trois formes de mains, et il déclare leurs possesseurs respectifs voués à ce qu'il appelle le monde divin, le monde abstractif et le monde matériel. C'est, en termes plus imagés, la même division, qui permet de dire que la main, c'est l'homme, au moins autant que le style.

***

Si les adeptes convaincus de la chiromancie craignaient que la mort de l'excellent Desbarolles laissât vacante la place qu'il occupait, ils peuvent se rassurer; c'est une succession qui ne restera pas longtemps ouverte, à en juger par le nombre considérable de chiromanciens amateurs qui pullulent dans le monde, et dont l'un ou l'autre ne tardera pas à se révéler chef d'école. C'est prodigieux ce qu'il y a de gens qui se livrent à ces innocentes plaisanteries, pour lesquelles ils trouvent toujours des sujets

de la dystrophie vasculaire. Pour ces motifs, et vu l'obscurité qui entoure l'innervation trophique des valvules sigmoïdes, on ne saurait être trop réservé, jusqu'à nouvel ordre, sur l'interprétation pathogénique de cette singulière lésion; à plus forte raison serait-il hasardé de baser une tentative de généralisation sur le développement d'un fait litigieux.

IV

Puisqu'il fallait renoncer à chercher la clé du problème dans la subordination étiologique réciproque de l'ataxie et de la lésion cardiaque, il restait à se demander si le tabes et la cardiopathie ne pouvaient être l'expression indépendante d'un même état général, d'une même disposition diathésique des tissus ou des humeurs, s'attaquant à deux organes différents, en dehors de toute relation de solidarité.

Il peut sembler étrange qu'on ait songé si tardivement à incriminer une affection générale qui a pris tant de place, depuis un certain temps déjà, dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice : ce n'est cependant que d'hier que le rôle de la syphilis a été soupçonné, et c'est M. Bouveret qui, observant un syphilitique chez lequel le tabes et l'aortite, se développant à peu près simultanément, s'améliorèrent parallèlement à la suite de l'emploi de l'iodure, n'hésita pas à rapporter l'une et l'autre affection à la syphilis, jugeant en outre que cette interprétation peut être étendue à la majeure partie des cas dans lesquels la cardiopathie tabétique est une affection de l'aorte (1).

Cette réserve est sage assurément; mais ne laisse-t-elle pas encore subsister de l'affirmation de M. Bouveret plus qu'on n'en saurait accepter? La syphilis peut attaquer certaines artères, d'un moyen calibre comme celles de la base du crâne; on a, de plus, décrit des myocardites, des endocardites et des péricardites diathésiques; mais nous ne connaissons pas l'aortite syphilitique. Welch, il est vrai, regarde également la syphilis comme la cause la plus habituelle de l'aortite qu'on rencontre si fréquemment

(1) *Lyon médical*, 1885, III, p. 235.

complaisants. Les vieilles filles s'y adonnent avec passion, et vous racontent toutes sortes d'extravagances quand vous leur avez confié votre dextre.

Il y a d'ailleurs beaucoup de variantes dans la manière d'opérer des chiromanciens amateurs. Les uns se basent sur l'examen comparatif des deux mains, et vous annoncent comment vous réussirez le mieux, selon que vous attaquerez vos entreprises de la main droite ou de la main gauche. D'autres vous font appuyer la main sur une feuille de papier blanc, et regardent ensuite à travers le jour l'empreinte qui a dû se faire sur le papier. J'en connais qui, dans la lecture de cette autographie d'un nouveau genre, découvrent non seulement tous vos secrets, toutes vos pensées, mais aussi dans quel astre vous avez vécu antérieurement, quel animal vous avez été autrefois, et toute la zoologie y passe. Enfin, il y a un procédé qui consiste à examiner non plus la main, mais les cheveux, et les profanes ne savent pas quelles indiscrétions peut commettre la mèche la plus inoffensive en apparence.

Rien ne vaudrait le contact des cheveux pour la révélation des événements futurs, et, en effet, j'ai vu dernièrement un homme qui, de cette façon, m'a prédit l'avenir avec une justesse surprenante. C'était mon coiffeur, qui achevait de me couper les cheveux, et qui m'a annoncé alors que, dans un mois, je reviendrais chez lui pour y subir la même opération.

Il est impossible de ne pas être frappé de la clairvoyance qu'avait donnée à cet artiste le maniement de ma chevelure, et je ne serais pas étonné de le voir un jour le successeur autorisé de Desbarolles.

P. Dubray.

dans l'armée anglaise; mais, à défaut de démonstration directe, comme le soldat anglais est non moins entaché d'alcoolisme, cette vue a rencontré, en Angleterre même, une opposition assez unanime pour que nous ne soyons guère tentés de la relever en France.

Il est à remarquer, d'ailleurs, combien peu souvent la syphilis est notée dans les antécédents de tabétiques dont l'aorte est malade. L'observation I de Truc concerne bien un syphilitique; mais c'est aussi un alcoolique et un athéromateux, et ses lésions sont un rétrécissement aortique et une insuffisance mitrale. Quatre observations de Zohrab seulement accusent la syphilis seule; trois fois on la trouve associée à plusieurs autres tares diathésiques. D'autre part, sur les 112 faits de tabes syphilitiques réunis par Fournié, deux cas seulement se montrent accompagnés d'insuffisance aortique.

Les partisans de l'origine syphilitique exclusive du tabes pourront bien se rallier à l'interprétation de M. Bouveret; il n'en est pas de même des cliniciens, et le nombre en est grand, qui pensent que le rôle de la syphilis a été surfait et qu'il faut ramener à des proportions plus modestes la part excessive qui lui a été attribuée dans cette étiologie.

V

Il reste à envisager une dernière hypothèse, celle qui place le point de départ du tabes et de l'affection cardiaque dans l'existence d'une même lésion des vaisseaux.

L'étude des lésions des parenchymes sous la dépendance d'altérations généralisées du système vasculaire est à l'ordre du jour, notamment depuis que Lancereaux a montré que la sclérose du rein pouvait être envisagée comme la conséquence de l'extension d'un processus de cette nature à l'appareil uropoiétique, par une conception dont les travaux de Gull et Sutton sur l'artério-sclérose n'ont été que le développement. Carre et Ordonnez avaient, depuis longtemps, signalé les infiltrations graisseuses, pigmentaires, les altérations athéromateuses des parois des capillaires médullaires dans l'ataxie. Le rapprochement de ces données et leurs propres recherches portèrent Debove et Letulle à reconnaître l'artério-sclérose généralisée comme la lésion anatomique commune à la sclérose des cordons postérieurs et aux lésions cardiaques. Ces observateurs accusaient la *péri-artérite;* H. Martin se rallie à l'*endartérite* (1).

L'endartérite progressive oblitérante, dont le point de départ est une irritation de la tunique interne des petites artérioles parcourues par un sang dyscrasique, débute dès les premières années de l'existence dans les vaisseaux nourriciers de l'aorte dont les tuniques insuffisamment nourries finissent par subir la dégénérescence athéromateuse. Les mêmes lésions s'attaquent directement aux parois des vaisseaux assez réduits de calibre pour être dépourvus de *vasa vasorum;* les organes dont les fonctions et la circulation sont très actives ont surtout à souffrir du rétrécissement fibreux des vaisseaux et du défaut d'irrigation; l'atrophie des éléments nobles, compromis dans leur nutrition, marche parallèlement au développement du tissu conjonctif qui rayonne autour des parois des vaisseaux et se rétractera lorsque sa vascularisation sera devenue à son tour insuf-

(1) *Revue de médecine*, 1881, p. 369, et 1886, p. 1. Voir aussi Isnard: De la sclérose généralisée, etc., *Arch. gén. de médecine*, 1886, p. 142.

fisante. Ainsi se trouvent constituées les lésions scléreuses par lesquelles est définitivement supprimé le principe d'activité fonctionnelle spécifique des organes. L'ataxie locomotrice est un type d'artériosclérose localisée aux cordons postérieurs.

Bien qu'un examen anatomique probant ait été produit par l'auteur, que Babinski soit encore revenu récemment sur l'intensité des altérations vasculaires du tabes, que Ballet et Minor aient été induits à admettre de fausses scléroses systématiques à début péri-vasculaire, bien que la richesse vasculaire des zones radiculaires postérieures soit bien connue depuis Duret et Adamkiewicz, on n'a généralement pas admis qu'une artério-sclérose progressive, lésion diffuse par excellence, put commander le développement d'un lésion aussi nettement systématisée que la sclérose postérieure. A notre sens, rien de plus naturel cependant que l'appareil de transmission sensitive surmené, usé prématurément, soit le premier à souffrir de l'insuffisance nutritive due à l'athérome.

Il est, de plus, incontestable que l'artério-sclérose se trouve fréquemment jointe au tabes; cette solidarité ne saurait être niée. Les lésions aortiques en relèvent et, dans nombre de cas, les lésions de la mitrale, dont la valve antérieure droite est une continuation directe de l'aorte, reconnaissent certainement la même origine. Le professeur J. Renaut réunit quatre observations d'ataxie dans lesquelles il existe en même temps une maladie aortique et une néphrite interstitielle, c'est-à-dire l'extension au rein du même processus de sclérose qui a envahi l'aorte (1). Il est porté à penser que ces trois lésions qui ne peuvent être subordonnées l'une à l'autre, ni ramenées à un processus commun (l'endartérite médullaire postérieure restant, pour lui, un point réservé), se développent parallèlement sous l'influence d'une cause générale encore ignorée dans son essence, dont nous ne connaissons que les manifestations terminales.

Est-ce à dire que tous les tabes doivent être ramenés à cette formule?

Il n'en est rien. L'ataxie locomotrice n'est une ni dans ses symptômes, ni dans ses causes. La sclérose postérieure n'est que la lésion aboutissante de processus différents relevant d'états généraux distincts dont les manifestations premières ont pu nous échapper, le rhumatisme, la syphilis, l'athérome, etc... Anatomiquement, le tabes ne saurait être rigoureusement identifié à la sclérose des cordons postérieurs, lésion principale, non exclusive, de la maladie. Cliniquement, à côté de la forme précédente, qu'on peut appeler néphro-aortique, la forme syphilitique commence à prendre corps. Il faudrait encore distinguer, suivant Renaut, certains cas à évolution lente, à manifestations douloureuses peu accentuées, avec peptonurie et phosphaturie.

D'après cette vue, les complications cardiaques ne sauraient être recherchées dans tous les tabes indistinctement; elles sont l'apanage d'une forme spéciale de la maladie qu'il appartient à l'observation ultérieure de définir dans sa dépendance de l'état général qui la commande, et dans les caractères cliniques qui en fixent la personnalité.

R. LONGUET.

(1) Thèse de Zohrab.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Cas d'hémorrhagie de la moelle épinière. — Il s'agit d'un cocher âgé de 55 ans. Pendant une de ses courses, il éprouva une douleur très vive le long de la colonne vertébrale. Il tomba de sa voiture. Malgré tous ses efforts, il ne put plus se lever : les membres supérieurs ainsi que les inférieurs étaient paralysés. A l'hôpital, où il fut transporté, on constata, outre la paralysie complète des membres, l'absence de la sensibilité tactile, de la sensibilité à la douleur. Cependant les parties supérieures du corps et des membres innervés par les nerfs cervicaux supérieurs ont conservé encore la sensibilité de douleur. Les réflexes cutanés étaient abolis, ceux des tendons au contraire fort exagérés, pas de contractures.

On diagnostiqua « foyer hémorrhagique dans la partie inférieure de la moelle épinière cervicale. »

A l'autopsie, on trouva dans la partie cervicale (protubérance) un foyer hémorrhagique du volume d'un grain de millet dans la substance blanche, au niveau de la partie antérieure du cordon postérieur du côté gauche près de la commissure postérieure. Au-dessus et surtout au-dessous du foyer, lésions de myélite aiguë. Pas d'autres lésions le long de la moelle épinière. A l'examen microscopique, on ne trouve aucune altération des vaisseaux.

Ainsi, l'observation que nous venons de citer rentre dans le domaine de la doctrine du professeur Vulpian, d'après lequel une hémorrhagie dans la substance de la moelle peut être primitive et de ne pas être toujours la conséquence d'une méningite, ainsi que le pense M. le professeur Hayem. Au contraire, l'hémorrhagie elle-même peut être la cause d'une méningite. (*Revue de clinique* du professeur de Popow, de Varsovie, 1885, n° 1.)

Action locale du chlorydrate de cocaïne en injections hypodermiques. — Le docteur Loukaschewitch vient de faire une série d'expériences pour déterminer : 1° l'étendue de la région anesthésiée autour du point où l'injection a été faite ; — 2° les conditions qui ont une influence plus ou moins notable sur l'apparition de l'anesthésie. Ces expériences ont été faites dans les différentes régions du corps de l'expérimentateur lui-même et d'autres personnes bien portantes. En voici les conclusions :

1° Une ou deux minutes après l'injection apparaissent une rougeur et une sensation d'engourdissement qui vont de la périphérie aux parties plus profondes. La sensibilité disparaît ensuite complètement ;

2° L'anesthésie ne tarde pas à se propager aux parties adjacentes et surtout suivant les ramifications des nerfs sous-cutanés ;

3° L'anesthésie est plus complète et plus étendue, lorsque l'injection a été faite au point où le nerf traverse l'aponévrose pour se rendre dans le tissu cellulaire sous-cutané ;

4° Le territoire de l'anesthésie est d'autant plus grand que le tronc nerveux est plus volumineux ;

5° L'anesthésie ne se propage jamais de bas en haut, mais en sens contraire, lorsque l'injection a été faite dans la direction des branches d'un nerf sous-cutané, au niveau des membres, par exemple ;

6° L'abondance du tissu adipeux sous-cutané paraît être défavorable à l'apparition de l'anesthésie ;

7° La durée de l'anesthésie est de dix à quinze minutes ;

8° La sensibilité se rétablit d'abord à sa périphérie et ensuite dans les parties profondes ;

9° A l'endroit où l'injection a été faite, et surtout lorsque le tissu adipeux est peu abondant, un léger gonflement de la peau apparaît, gonflement qui persiste de douze à vingt-quatre heures. Quatre ou six heures après l'injection, une douleur parfois assez intense se déclare, surtout au niveau des membres inférieurs. Au bout de deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre ;

Enfin, 10°, l'anesthésie produite par la cocaïne amène une perte de la sensibilité à la douleur et à la température, mais la sensibilité tactile persiste tout le temps, quoique légèrement affaiblie. (*Wratch*, 46, 1885.) — Winocouroff.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 février 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

Les membres du bureau, revenant des obsèques de M. Jamin, ont pris place à quatre heures moins un quart.

M. le Président a fait part à l'Académie de la mort de M. Jamin, événement prévu depuis longtemps, et retardé par les soins dévoués de la famille et par les efforts de la médecine. M. Jamin, a dit M. Jurien de la Gravière, a contribué à la gloire de notre pays. Il avait pour qualité maîtresse la lucidité, cette politesse du savant. Il ne touchait jamais à un sujet sans l'éclaircir, à l'exemple d'Arago, dont naguère il prononçait l'*Éloge* dans cette enceinte. Nul, mieux que lui, n'était capable d'apprécier dignement un pareil modèle.

M. Jamin avait succédé, en 1884, à J.-B. Dumas dans les fonctions de secrétaire perpétuel.

La séance est levée à quatre heures en signe de deuil.

Voici, *in extenso*, la note de M. le docteur Leudet (de Rouen) que nous avons mentionnée dans notre précédent *Rulletin*, et qui est intitulée : *Les effets, au point de vue de la propagation de la tuberculose pulmonaire, de l'admission dans les hôpitaux généraux d'individus atteints de cette maladie.*

« Les éléments d'études qui ont servi à rechercher la solution de cette question sont les observations écrites de 16,094 malades adultes, des deux sexes, soignés dans une division médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, de 1854 à 1885. De ces 16,094 individus, 13,466 ont été admis une seule fois à l'hôpital, 2,628 ont été admis de deux à vingt-neuf fois, dans la même division, dans l'espace de trente et un ans.

« I. — J'ai cherché à déterminer la fréquence du développement ultérieur de la tuberculose pulmonaire chez les 2,628 individus ayant séjourné à diverses reprises dans un milieu où ils se trouvaient en contact avec les malades tuberculeux. Ce milieu était contaminé, car la proportion du nombre des malades atteints de tuberculose au total des individus admis, pendant trente et un ans, a été 2,813 sur 16,094, ou de 17 pour 100.

« En déduisant du chiffre 2,628 représentant la totalité des individus admis plusieurs fois ceux qui sont entrés plusieurs fois pour la tuberculose, et ceux qui ont présenté, lors de leurs admissions successives, une seule et même maladie, on constate que 1,208 individus sont entrés pour des affections diverses, et que, de ces 1,208 individus, 277 sont devenus tuberculeux, c'est-à-dire 22,9 pour 100.

« Par conséquent, la proportion des individus devenus tuberculeux après avoir présenté, lors des admissions successives, des maladies variées, ne dépasse que d'une proportion de 5,9 pour 100 la proportion du chiffre des admissions pour tuberculose, au nombre de la totalité des admissions.

« En se rappelant que ces malades ont été suivis pendant beaucoup d'années, qu'ils ont été exposés, hors de l'hôpital, à des causes nocives multiples, on peut conclure :

« Que la propagation de la tuberculose pulmonaire par contagion dans les hôpitaux n'est pas démontrée, qu'elle est au moins restreinte.

« II. — La seconde partie de cette étude comprend la recherche des conditions d'aptitude à la contagion. Les états morbides, divisés suivant leur aptitude à la tuberculose, forment quatre groupes.

« Premier groupe. — *Maladies donnant une aptitude extrême à la tuberculose pulmonaire.* — La fréquence de la tuberculose pulmonaire consécutive est exprimée par les proportions suivantes :

« Pleurésie, 73,7 pour 100; glycosurie, 66 pour 100; fièvre synoque, 23.

« Au premier rang se place la pleurésie, affection qui constitue souvent la première manifestation de l'infection tuberculeuse. La lésion du poumon se manifeste le plus souvent dans les trois ou quatre années qui suivent la pleurésie. La glycosurie, chez les individus de la classe ouvrière, se termine le plus souvent par la tuberculose; il n'en est pas de même chez les malades de la classe aisée.

« La fièvre synoque, classe morbide assez mal circonscrite, dont certains pathologistes font une unité morbide, et que d'autres rattachent à la fièvre typhoïde, semble prédisposer à la tuberculose.

« Deuxième groupe.— *Aptitude fâcheuse à la tuberculose pulmonaire.*— Syphilis, 22 p. 100; fièvre typhoïde, 22 p. 100; érysipèle, 17 p. 100; maladie de la moelle épinière, 17 p. 100; variole, 16,6 p. 100.

« La syphilis tertiaire est la forme étudiée dans ce travail; en effet, les services de *médecine* des hôpitaux ne reçoivent, en général, que des malades atteints de lésions viscérales syphilitiques. J'ai exclu de cette analyse les quelques cas de syphilis pulmonaire constatés par l'autopsie. La syphilis intestinale, les rétrécissements du rectum surtout, se terminent de préférence par tuberculose pulmonaire. La fièvre typhoïde offre une aptitude aussi intense à la phthisie; elle est représentée par la proportion de 22 p. 100. J'ai cherché, autant que possible, à éviter de comprendre parmi les fièvres typhoïdes les cas de tuberculose pulmonaire à forme typhoïde, suivis d'arrêts de l'évolution morbide. La variole, représentée comme aptitude tuberculeuse par 16,0 p. 100, figure dans ce groupe, qui réunit trois grandes affections zymotiques. La prédisposition à la tuberculose des individus atteints de lésions de la moelle épinière est connue.

« Troisième groupe. — *Aptitude moyenne à la tuberculose pulmonaire.* — Alcoolisme, 15 p. 100; paludisme, 14 p. 100; pneumonie, 13 p. 100; maladies de l'utérus et annexes, 13 p. 100; rhumatismes, 12 p. 100; hystérie, 9 p. 100.

« Dans ce groupe, je remarque que l'alcoolisme ne présente pas une aptitude tuberculeuse considérable, et ce résultat a, pour moi, d'autant plus de valeur que j'ai pu suivre 145 alcooliques pendant un grand nombre d'années, et que 22 d'entre eux seulement sont devenus tuberculeux. La pneumonie franche, pas plus que le rhumatisme aigu, ne présente d'aptitude fâcheuse à la tuberculose. La pneumonie appelle beaucoup plus la pneumonie que la tuberculose. La forme chronique du rhumatisme articulaire est celle qui se termine surtout par la tuberculose. Parmi les affections utérines, celles qui prédisposent à la phthisie sont surtout les pelvipéritonites suppurées. Je noterai enfin que l'empoisonnement saturnin, aussi bien que le tellurique, ne constituent pas des antagonismes de la tuberculose.

« Quatrième groupe. — *Aptitude minime à la tuberculose pulmonaire.* — Maladies du tube digestif, 7 p. 100; maladies des reins, 5 p. 100; bronchite, emphysème pulmonaire, 4 p. 100; maladies du cœur, 3 p. 100; maladies du cerveau, 2 p. 100.

« On est étonné de constater dans ce travail l'aptitude si minime, à la tuberculose, des bronchites et des maladies de l'intestin. Je suis convaincu que, *chez l'adulte au moins*, l'inflammation des bronches, de même que l'entérite, ne constituent pas des prédispositions à la tuberculose. On sait, d'autre part, que les individus atteints de maladies des reins, et surtout d'affections du cœur, deviennent rarement tuberculeux. »

FORMULAIRE

Potion contre l'asthme. — Monin.

Acétate d'ammoniaque	3	grammes.
Teinture thébaïque	2	—
Sirop de belladone	30	—
Hydrolat de laurier-cerise	15	—
Hydrolat de laitue	125	—

F. s. a. Une potion, dont on fait prendre une cuillerée à soupe tous les quarts d'heure

aux personnes qui souffrent d'un accès d'asthme, jusqu'à ce qu'on ait réussi à calmer la crise. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans le numéro du 16 février, page 265, au lieu de *c. Corps vitré*, lisez *c.* Rétine décollée.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 29 mars 1886, à midi et demi, à la Faculté. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, à partir du jeudi 18 février, et sera clos le samedi 20 mars à trois heures du soir.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Les prosecteurs nommés audit concours entreront en fonctions le vendredi 1er octobre 1886 pour une période de quatre années qui expirera le 1er octobre 1890.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 mai 1886, à midi et demi. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, à partir du lundi 15 mars 1886 et sera clos le samedi 17 avril à trois heures du soir.

Tous les élèves en médecine de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Les aides d'anatomie nommés audit concours entreront en fonctions le vendredi 1er octobre 1886 pour une période de quatre années, laquelle expirera le 1er octobre 1890.

— Une place d'interne en médecine devant être prochainement vacante à l'hôpital de Saint-Denis (Seine), les étudiants en médecine, pourvus au moins de deux examens de doctorat, qui désireraient postuler pour cet emploi, sont invités à se faire inscrire immédiatement à l'économat de cet hôpital.

Faculté de médecine de Lyon. — L'assemblée des professeurs vient de présenter à l'approbation du gouvernement, pour la nomination à la place de doyen : en première ligne, M. le professeur Lortet ; en deuxième ligne, M. le professeur Glénard.

Collège de France. — M. Suchard, répétiteur près le laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, demeure délégué dans les fonctions de préparateur près la chaire d'anatomie générale pendant l'absence de M. Weber, titulaire de l'emploi, en congé.

Société médico-pratique. — Séance du 22 février 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Rougon : Rapport sur la demande d'honorariat de M. Mesnet. — 2. Rapports de MM. Richelot fils, Barette et Dauchez sur les candidatures de MM. Luc, Valude et Roland. — 3. M. Richelot fils : Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue. — 4. M. Ory : Observation de phlegmon de la cavité de Retzius. — 5. M. Dauchez : Note sur un cas d'aphasie chez un enfant méningitique. — 6. Election d'un membre titulaire.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Antonin MARTIN : Observation de fièvre intermittente hépatique. — II. BERTRAND (de la Celle-Dunoise) : Panaris symétriques du pouce droit et de l'annulaire. — III. BIBLIOTHÈQUE : Du traitement de la diarrhée chronique chez les enfants. — IV. REVUE DES JOURNAUX : De la paracentèse du péricarde. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

Observation de fièvre intermittente hépatique

Lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 janvier 1886.

Par le docteur Antonin MARTIN, membre titulaire.

Messieurs,

En parcourant le savant petit *Traité de l'affection calculeuse du foie*, publié en 1884 par notre distingué collègue, M. le docteur Cyr, mon attention fut attirée sur une des complications, aussi intéressante que rare, de cette maladie, sur la fièvre intermittente hépatique.

J'ai eu, au mois d'octobre dernier, l'occasion d'en observer un cas franchement caractérisé, que je vous demanderai la permission de relater brièvement.

Permettez-moi cependant de résumer, avant de commencer, les traits caractéristiques de ce symptôme de la lithiase biliaire, afin que vous puissiez juger si l'observation que je vais vous lire, mérite bien le titre sous lequel je l'ai classée.

Cette fièvre, dit M. Cyr, a été surtout observée dans la lithiase biliaire ; elle peut affecter le type quotidien, le type bi-quotidien ou le type tierce. Elle est légère ou violente ; le pouls peut s'y montrer de 90 à 115 et 120, et la température s'élever à 38,5, 39, 40 et même 41 degrés.

Elle différerait, d'après notre collègue, de la fièvre intermittente palustre, parce que le plus souvent dans cette dernière affection les accès se montrent le matin, tandis qu'ils s'observeraient dans la fièvre intermittente hépatique, plutôt l'après-midi. Cette règle, dit avec raison M. Cyr, n'est pas invariable ; notre observation semblerait ne pas la confirmer complètement.

Mais un second caractère différentiel plus important, signalé déjà par MM. Regnard, Charcot et Brouardel, c'est l'augmentation de l'urée dans l'accès de fièvre tellurique, alors que cet élément diminue dans l'accès de fièvre hépatique. Ce caractère s'est présenté d'une façon particulière dans le cas que nous avons observé.

Un troisième caractère différentiel serait l'inefficacité du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente hépatique.

M. X..., chef d'exploitation d'une de nos grandes lignes de chemin de fer, est un homme de 54 ans, de taille assez élevée, d'un tempérament nervoso-bilieux.

Il a beaucoup voyagé comme officier de la marine de l'Etat, en Calédonie, en Chine, en Indo-Chine, à Madagascar, à Bourbon, et a terminé par un séjour de sept ans en Algérie, de 1863 à 1870.

C'est en 1853, au retour d'une campagne en Calédonie, qu'il fut pris de violentes coliques hépatiques. Il faut croire que cette affection était sous la dépendance d'une maladie grave du foie, car M. X..., fut soumis à un traitement anti-phlogistique des plus rigoureux.

En trois jours : deux saignées du bras ; cent cinquante sangsues, très petites, il est

vrai, furent appliquées, en quatre fois, à l'anus; en outre, quinze ventouses scarifiées furent posées sur la région du foie.

De ce moment le malade devint hémorrhoïdaire.

Il fit encore un séjour en Chine, et rentra en France avec, dit-il, des accidents bilieux et dyspeptiques.

En 1855-56, campagne dans la mer du Nord et dans la Baltique à Bomarsund.

M. X..., démissionna après la guerre et séjourna de 1856 à 1863 à Grenoble ; à cette époque il passa en Algérie jusqu'en 1870, et n'éprouva durant cette période ni crise hépatique, ni, ce qui est à noter ici, de fièvre intermittente.

Mais au mois de mai 1870, la scène change subitement; le malade éprouva une première atteinte de fièvre intermittente, peut-être était-ce déjà de la fièvre hépatique. Quoi qu'il en soit, pendant six mois M. X... éprouva des accès de fièvre, des névralgies, des troubles généraux indéfinissables, lorsqu'en 1871 des crises de coliques hépatiques se succédèrent avec fureur, selon l'expression du malade ; sept ou huit crises vinrent l'assaillir coup sur coup.

Il vint à Vichy et se confia aux soins éclairés de M. l'inspecteur Villemain, qui le mit à l'usage de l'eau de la Grande Grille et des bains; une grande amélioration s'en suivit. Ce traitement fut suivi chaque année.

Rentré en France en 1872, il resta indemne de nouveaux accès pendant trois ou quatre ans, de 1872 à 1875; néanmoins, il ne resta pas six mois sans éprouver des accidents annonçant la formation ou la migration de petits calculs : teinte subictérique de la peau, sentiment de gêne, de pesanteur, parfois même de douleur dans la région gastro-hépatique.

De 1872 à 1885, M. X... n'éprouva que cinq ou six accès violents, grâce au traitement de Vichy, religieusement suivi chaque année, sauf en 1876.

Enfin, le malade avait eu deux accès de coliques hépatiques en septembre 1885, à son retour de Vichy, lorsque le 6 octobre, à midi, il est pris d'un violent frisson suivi de chaleur et de sueur, sans accès de colique hépatique.

Appelé le 7 au matin (huit heures), je trouve M. X... en proie à un grand frisson, claquement de dents; pouls à 100 pulsations; thermomètre à 39°2.

Cet accès se termine à midi, et je peux constater les symptômes suivants : transpiration assez abondante; teinte subictérique de la peau; urines rares, foncées.

L'examen du foie ne me permet de constater aucune tumeur dans la région vésiculaire; le foie déborde à peine les fausses côtes; il est peu douloureux à la pression. La rate est un peu volumineuse, 0,13 centimètres environ sur 16.

Langue sale; soif vive; ventre légèrement ballonné; constipation; pas de vomiturations.

L'urine, recueillie et analysée par M. Barnouin, pharmacien, fournit 12 grammes d'urée pour 1,000 grammes.

Le soir, vers sept heures, nouvel accès, moins violent que le premier; pouls à 96; thermomètre à 39°.

Un purgatif salin est prescrit pour le lendemain.

8 octobre. — Le malade n'a pas eu d'accès le matin; le purgatif a produit six selles blanchâtres; l'après-midi, à deux heures, frisson; nouvel accès de fièvre; pouls à 104; température à 39°8; l'accès se termine vers dix heures par une sudation abondante.

9 octobre. — La nuit a été agitée. Je prescris 0,60 gr. de sulfate de quinine et un badigeonnage de collodion sur la région hépatique. Le pouls est à 92; la température à 37°5 seulement.

A midi survient une crise violente de colique hépatique. A deux heures et demie, je pratique une injection de morphine. Le malade s'endort jusqu'à sept heures du soir.

Je constate une grande défervescence. M. X... est très abattu, très faible; un badigeonnage de collodion amène encore du soulagement, et le malade se rendort jusqu'au lendemain 10 octobre.

10 octobre, à cinq heures du matin. — Nouvel accès de colique hépatique. Pouls à 84 seulement; température à 37°. Je pratique une injection de morphine.

Pendant trois jours, le malade vit son état s'améliorer sensiblement; mais le qua-

trième jour, c'est-à-dire le 14 octobre, un nouvel accès de fièvre survint le matin, pour lequel je ne fus pas appelé, car il ne présenta ni durée, ni gravité.

Que conclure de cette observation?

Le malade avait séjourné à diverses reprises, et assez longtemps, dans des pays à influence maremmatique. Y avait-il lieu de songer à une fièvre paludéenne, ou fallait-il, comme j'ai cru pouvoir le faire, s'arrêter à cette fièvre intermittente hépatique si bien décrite par notre collègue?

Le caractère différentiel tiré de l'heure de la journée à laquelle se sont montrés les accès n'est pas ici tout à fait probant.

Nous avons eu en tout quatre accès : un le premier jour, à midi; deux le deuxième jour : un à sept heures du matin, un à sept heures du soir; un accès le troisième jour, à midi; enfin, un dernier accès survenu le cinquième jour, au matin.

Mais la diminution notable de l'urée, signe important de la fièvre intermittente hépatique, a été constatée chaque fois.

J'ajouterai que M. X... n'a jamais eu d'accès de fièvre intermittente depuis sa rentrée d'Algérie.

Ces accès fébriles ne sont survenus, au contraire, que sous l'influence de la lithiase biliaire dont le malade subissait des crises.

On comprend la fièvre survenant à l'occasion d'une irritation, d'une inflammation des canaux biliaires, mais on s'explique moins pourquoi elle revêt un type intermittent.

Serait-il le résultat d'une intoxication tellurique antérieure, et celle-ci imprimerait-elle aux affections ultérieures son caractère d'intermittence?

Ou bien, opinion bien hasardée, je l'avoue, ce symptôme d'intermittence s'observerait il plus particulièrement dans l'irritation d'organes canaliculés, canaux biliaires, canal urinaire (à la suite du cathétérisme), par le contact d'un corps étranger?

En terminant, permettez-moi d'attirer votre attention sur une particularité que j'ai maintes fois observée : l'influence des chagrins, des peines morales sur les affections du foie.

J'ignore si la première crise de colique hépatique doit être attribuée à une de ces causes, je n'ai pas reçu de confidence à ce sujet; il est à présumer que le séjour aux colonies, la vie sédentaire du bord ont dû déterminer cette affection hépatique primordiale dont nous ne connaissons pas la nature; mais il est à remarquer que c'est en 1870, à la suite de la grande tristesse qu'il éprouva du résultat de la guerre et de l'annexion de son pays à l'Allemagne, que M. X..., qui est de Strasbourg, éprouva un nouvel accès de colique hépatique.

En 1875, de nouvelles crises se montrent après un calme de trois ans; M. X... venait d'éprouver un nouveau chagrin : il perdait son frère, officier supérieur de l'armée. Plus tard, en 1882, un grave accident sur la ligne du chemin de fer soumise à la direction de M. X... l'impressionna péniblement; mais un chagrin bien autrement vif, la perte d'un fils, officier d'avenir, mort au Tonkin, vint aggraver la situation du malade et semble avoir contribué à la production de nouvelles crises, cette fois accompagnées de l'accès de fièvre intermittente hépatique dont je viens de vous lire l'observation.

Panaris symétriques du pouce droit et de l'annulaire

Par M. le docteur BERTRAND (de la Celle-Dunoise)

Ch..., 18 ans, est ordinairement d'une bonne santé, son père et sa mère se portent très bien; quatre frères et deux sœurs ne sont pas moins bien partagés.

Depuis cinq ans que j'ai pu le voir de près, Ch... n'a eu que des indispositions de peu d'importance; je note en passant une conjonctivite catarrhale en juin 1884; quelques douleurs passagères dans les muscles ou les articulations; de temps en temps un ou deux furoncles; enfin des poussées assez fréquentes d'eczéma sec à la face, spécialement au menton et aux joues. La peau de cette région offre alors un aspect rugueux et farineux accompagné de démangeaisons plus ou moins vives. Ne voyant pas jusque-là l'utilité d'une intervention thérapeutique active, je n'avais opposé à cet état que des moyens simples et très anodins.

En août 1885, Ch... accuse une douleur vive au pouce droit et je constate que la peau de la dernière phalange est tendue, luisante et un peu plus chaude que les parties voisines : la pression est très douloureuse et il y a des douleurs lancinantes. Les phénomènes augmentent rapidement et, la présence du pus n'étant plus douteuse, je pratique le quatrième jour une incision assez profonde sur la ligne médiane.

Le soulagement ne fut ni très complet ni de longue durée. La pulpe du pouce était déjà infiltrée de pus et l'élimination des parties sphacélées dut se faire comme à l'ordinaire, non sans de vives douleurs et avec la déformation de la pulpe qui résulte de la rétraction cicatricielle.

Pendant que le pouce droit était le siège de cette inflammation, un point douloureux absolument symétrique au premier se faisait sentir dans le pouce gauche et en trois ou quatre jours un peu de suppuration s'y formait, mais le mal restait localisé dans le tissu sous-épidermique, et quatre ou cinq jours plus tard la petite plaie était fermée, bien avant la réparation du pouce primitivement atteint.

La cicatrisation du pouce droit (le plus malade) était à peine achevée, qu'une nouvelle poussée inflammatoire, offrant une marche identique, se faisait au niveau de la première phalange de l'annulaire droit et atteignait rapidement un degré extrême d'intensité. Le quatrième jour, le doigt est énorme et le gonflement a gagné toute la main. Je fais sur la phalange, face palmaire, une incision de 3 centimètres; le foyer purulent est bien ouvert et, à l'aide de quelques pressions pratiquées à la paume de la main, une assez grande quantité de suppuration est évacuée. Soulagement immédiat et nuit très bonne.

Le lendemain le gonflement a déjà notablement diminué; et dès ce moment la maladie marche régulièrement vers la guérison qui est obtenue en douze jours, avec le pansement phéniqué, sans qu'il reste la moindre roideur dans les mouvements.

Pendant cette période de réparation, il se produit à l'annulaire du côté gauche ce qui avait eu lieu au pouce gauche pendant le premier panaris. Un point sensible avec rougeur et douleur lancinante apparaît à la pulpe du doigt et il se forme un petit abcès qui s'ouvre seul et guérit en quelques jours.

Cette observation soulève, il me semble, une intéressante question d'étiologie. Le panaris est-il presque toujours une affection accidentelle, provoquée, comme l'indiquent la plupart des pathologistes, par une piqûre ou une autre irritation de la surface cutanée; est-il en un mot de cause externe? Je me permets d'en douter, au moins pour un certain nombre de cas. Le malade dont j'ai raconté brièvement l'histoire en est un exemple et une preuve. Au moment où se montrait chez lui la première inflammation (pouce droit), aucune piqûre, coupure ou solution de continuité n'existait sur la peau; mais celle-là offrait sur tous les doigts un aspect spécial; elle était sèche, rugueuse, un peu ridée et plus dure qu'à l'état normal; à la face au contraire, l'état farineux et l'exfoliation presque habituelle avaient disparu. J'ai recherché s'il existait à droite ou à gauche quelque trouble de la sensibilité ou de l'innervation en général, je n'ai absolument rien constaté.

On a signalé le rhumatisme comme une cause du panaris profond, commençant dans

les gaînes tendineuses; ne pourrait-on pas, dans le cas qui nous occupe, mettre la suppuration symétrique des pouces et des annulaires sur le compte de l'arthritisme? C'est ce que je n'ai pas hésité à faire et, dès le début du deuxième panaris, j'ai soumis le malade au traitement arsénical et à l'usage du bi-carbonate de soude. Après la guérison des doigts, il est survenu plusieurs petits furoncles situés, deux à la main gauche et deux autres au cou. Depuis ce moment, Ch... se porte très bien; mais il y a encore à la joue gauche quelques traces d'eczéma.

Ce cas est-il une exception et dans quelles proportions serait-il possible d'établir une relation de cause à effet entre le panaris et un état diathésique quelconque? C'est ce que je ne suis pas à même d'apprécier. Nous voyons tous les jours des malades qui ne peuvent assigner aucune cause aux inflammations de leurs doigts, et nous assistons trop souvent, spectateurs impuissants, au développement de ces terribles panaris des gaînes qui, malgré un traitement rationnel, laissent aux malheureux qui ont été atteints des infirmités aussi gênantes qu'incurables. N'est-il pas permis de regretter que la chirurgie moderne, si habile à empêcher la formation du pus dans les grandes opérations, ne puisse rien faire pour en prévenir la formation dans l'intérieur des tissus alors que ni l'air extérieur, ni le contact des instruments, n'est venu solliciter à la purulence les éléments anatomiques?

BIBLIOTHÈQUE

DU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHRONIQUE CHEZ LES ENFANTS, par M. le docteur ZINNIS. — Athènes, 1855.

Maladie fréquente à Athènes, la diarrhée chronique des enfants y fait chaque année de très nombreuses victimes. Le sujet du mémoire actuel était donc, entre tous, d'intérêt pratique pour nos confrères de Grèce; mais les qualités de clinicien dont l'auteur y fait preuve le feront lire avec intérêt par les médecins étrangers à ce pays.

La thérapeutique du professeur de l'Université d'Athènes n'est pas absolument neuve; seulement elle a le mérite d'être sanctionnée par des observations, toutes également probantes, et inspirée par une sagesse dont les inventeurs de médications ne montrent guère d'exemples.

En premier lieu, M. Zinnis donne le pas au régime diététique : allaitement par la femme, changement de nourrice s'il y a lieu, abstinence de farineux, et, seulement en cas de nécessité absolue, remplacement du lait maternel par le lait de vache, plus rarement le lait de chèvre, régularité des tétées, etc., etc.

A ce régime, il ajoute l'administration du sous-nitrate de bismuth si les selles sont muqueuses et jaunâtres; de la potion à l'eau de chaux et au bismuth (eau de fenouil, 75 grammes; sous-nitrate de bismuth, 3 grammes; eau de chaux, 6 grammes; sirop de fleurs d'oranger, 15 grammes), par petites cuillerées toutes les deux heures, si les selles sont vertes et riches en concrétions de caséine; ou bien de la potion de Hufeland (eau de fenouil, 45 grammes; sirop de rhubarbe, 15 grammes; poudre d'yeux d'écrevisses, 1 gramme 50 centigrammes.). Dans les formes rebelles, M. Zinnis associe l'infusion de colombo (50 centigrammes pour 75 grammes de liquide) au sous-nitrate de bismuth, ou bien prescrit le sirop de colombo à la dose de une à deux petites cuillerées quatre fois par jour, et n'administre le jus de la viande peu cuite ou de la viande crue que dans les cas où l'amélioration est lente. Quelquefois il a donné l'électuaire d'or de Legrand (or, 20 centigrammes; miel, 125 grammes) à la dose de une à deux cuillerées à café par jour, et, plus rarement, le pernitrate de fer, ou les extraits de ratanhia, de cressorille et de bois de campêche.

On voit par là que notre confrère d'Athènes s'inspire des idées de l'Ecole française. On doit lui en savoir gré, et, pour notre part, nous ne saurions trop le remercier de l'équité de ses jugements à l'égard de nos compatriotes. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

De la paracentèse du péricarde dans les péricardites avec épanchement, par le professeur Leech (*The medical Chronicle*, septembre 1885.) — Le travail du docteur Leech nous paraît digne d'une analyse détaillée, en raison de l'influence qu'il nous semble devoir exercer sur la vulgarisation de la paracentèse du péricarde, comme moyen héroïque de traitement des épanchements abondants.

Par le temps qui court de vulgarisation de l'intervention chirurgicale dans des maladies appartenant exclusivement naguère au domaine de la thérapeutique médicale, ce compte rendu ne saurait paraître hors de saison.

De temps en temps il se présente des cas de péricardite grave dans lesquels le traitement usuel et banal, même activement pratiqué, reste absolument sans résultat. Malgré le sac de glace, malgré les purgatifs, malgré les vésicatoires, la quantité de l'épanchement augmente, alors la dyspnée, d'abord modérée, annonce un caractère plus grave ; le liquide, accumulé dans le sac péricardite distendu, gêne manifestement les contractions du cœur, s'oppose à l'expansion des poumons, comprime plus ou moins les organes du médiastin et compromet sérieusement la vie du malade. C'est alors que se pose la question : Que faire?

Faut-il temporiser et attendre jusqu'à la dernière heure la résorption de l'épanchement, ou va-t-il falloir débarrasser le péricarde par la ponction, comme nous le faisons pour la plèvre, pour le péritoine, pour une cavité articulaire. Jusqu'ici les praticiens ont opté pour la temporisation et pour l'abstention, puisque, depuis 1819 que l'opération a pour la première fois été faite par Romero, c'est à peine si on a rapporté 100 cas de paracentèse du péricarde.

Bien que les épanchements péricardiques assez considérables pour compromettre sérieusement la vie du malade par leur abondance même ne soient pas fréquents, ils sont cependant encore assez communs pour qu'il soit permis de penser que, si la paracentèse du péricarde avait été généralement considérée comme une opération légitime et parfaitement justifiable, les relations en eussent été beaucoup plus nombreuses qu'elles ne le sont jusqu'ici.

Un examen minutieux des diverses observations de paracentèse du péricarde, publiées jusqu'à ce jour, a conduit l'auteur à conclure que les dangers inhérents à l'opération ne sont pas assez grands pour l'éloigner d'en recommander l'exécution toutes les fois que l'abondance de l'épanchement compromet tant soit peu la vie du malade.

Trois cas de péricardite, récemment observés, n'ont fait que le confirmer dans cette opinion.

Au mois de février dernier, l'auteur fut appelé à voir en consultation, avec le docteur Charles Smith (de Stretford), une jeune fille de 12 ans, atteinte d'une péricardite avec épanchement considérable, consécutive à une attaque de rhumatisme subaigu. Le docteur Smith et l'auteur tombèrent d'accord sur l'urgence de la paracentèse du péricarde, mais l'entourage de la malade s'opposa à l'opération. Toutes les méthodes ordinaires de traitement restèrent impuissantes à diminuer la douleur et à amener la résorption de l'épanchement ; l'angoisse cardiaque augmenta, la dyspnée devint paroxystique et la malade mourut neuf jours après la consultation.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, que l'auteur vit dans le service d'un de ses collègues de l'hôpital Royal (de Manchester). Elle était atteinte de rhumatisme, de chorée et de péricardite. Le cas était aussi grave que celui de la première observation, et l'auteur fut heureux d'entendre son collègue proposer la paracentèse du péricarde. Mais, peu de temps après la visite, et avant qu'on n'eût pu prendre les dispositions voulues pour faire l'opération, la malade mourut subitement.

Le troisième malade était un pilote de 20 ans, qui fut admis dans le service de l'auteur, atteint pour la troisième fois de rhumatisme articulaire aigu. Depuis la deuxième attaque, en juillet 1884, il existait des signes d'insuffisance mitrale, et, à son entrée, on constata, en outre, des douleurs rhumatismales, un murmure systolique prononcé, un cœur hypertrophié, une bronchite sévère et un œdème considérable des pieds, du

dos, du pénis et du scrotum. Les urines contenaient de l'albumine en quantité et le microscope y faisait découvrir de nombreux cylindres granuleux.

Vers le 13 juin, à la base du poumon gauche et dans le sac péricardique, on constata les signes d'un double épanchement. Puis l'état empira sérieusement, la respiration était courte et difficile, le pouls extrêmement irrégulier, le facies cyanosé, les jugulaires agitées de battements. La température du soir variait de 100 à 101° F. (40° C.). L'impulsion de la pointe du cœur avait subi un mouvement d'ascension. A un certain moment, on avait pu la découvrir au niveau du sixième espace intercostal ; mais, maintenant, on pouvait la percevoir très faiblement à la partie supérieure du cinquième, immédiatement en dehors du mamelon. La matité précordiale remontait jusqu'à la première côte et s'étendait, dans le premier espace, à deux doigts en dehors du bord droit du sternum. L'angoisse du malade était extrême et la nuit avait été misérable, en raison de l'intensité de la douleur, de la dyspnée et de l'agitation.

L'auteur décida de pratiquer immédiatement la paracentèse du péricarde. Une ponction exploratrice ayant d'abord confirmé la présence du liquide, on enfonça un trocart fin à 2 centimètres 1/2 du bord gauche du sternum, dans le quatrième espace intercostal. On n'employa pas l'aspiration. La canule du trocart était reliée à un tube plein d'eau plongeant dans un récipient et faisant siphon. La pointe du trocart était graduellement retirée en arrière, à mesure que le liquide se vidait et que les battements du cœur agitaient l'instrument. Il coula d'abord du sérum teinté de sang, lentement pour les deux premières onces de liquide, puis plus rapidement. La direction de la canule fut modifiée avec précautions plusieurs fois et dirigée dans plusieurs sens pour être sûr qu'elle plongeait bien dans le liquide. Vers la fin de l'opération, les mouvements que lui imprimaient les battements du cœur montrèrent ses rapports intimes avec le viscère et la nécessité de l'en éloigner à mesure que la cavité du péricarde se vidait. L'amélioration dans l'état d'angoisse du malade et dans la vigueur du pouls se montraient parallèlement à l'évacuation du liquide. On ne retira complètement la canule que lorsqu'il fut permis de penser que la cavité péricardique était aussi effacée que possible.

Après l'opération, on constata une diminution énorme dans la zone de matité du cœur et une amélioration réelle et rapide dans l'état du sujet. Environ dix heures après la paracentèse, il y eut un accès violent de dyspnée accompagné d'une toux très gênante et de quelques douleurs cardiaques, mais il se dissipa heureusement avec rapidité. La toux et la douleur furent combattues avec succès par la chlorodyne.

Dix jours après la paracentèse, toute trace d'épanchement avait disparu et on n'entendait plus aucun bruit de frottement. Jusqu'au moment de la présente communication, le malade a été exempt de tout symptôme de péricardite. Quel que soit le sort réservé à ce malade, atteint d'hypertrophie du foie, d'anasarque et de graves altérations rénales, nul doute que la paracentèse du péricarde ne lui ait, en cette circonstance, sauvé la vie.

Le professeur Grainger Stewart (*Edimburgh medical Journal*, août 1885, p. 119), d'une statistique établie par Hindenlang, Roberts et Charles West, et de quelques autres cas rassemblés par lui, conclut que, sur 97 cas de paracentèse du péricarde, 59 ont été malheureux et 38 couronnés de succès ; mais le docteur Leech considère ces chiffres comme ne représentant pas la véritable interprétation qu'on doit faire de la valeur de la paracentèse. En écartant les cas obscurs, les péricardites purulentes et scorbutiques, il a constaté que, sur 65 opérés, 40 avaient guéri, 13 avaient seulement été soulagés et 22 étaient morts après l'opération, mais pas tous du fait de l'opération.

La question, dès lors, se pose de savoir jusqu'à quel point la diffusion de la pratique de la paracentèse, dans tous les cas où de graves symptômes surgissent en rapport avec l'abondance de l'épanchement, ne constituerait pas un progrès véritable dans l'art de guérir. L'auteur conclut, avec Grainger Stewart, dans les termes suivants :

1° La paracentèse doit être tentée toutes les fois que l'abondance de l'épanchement met la vie du malade en péril ;

2° Elle doit être tentée, alors même que la péricardite, sans constituer le danger principal, s'accompagne d'un épanchement abondant et de défaillance du pouls ; que ces

défaillances résultent de modifications inflammatoires ou dégénératives dans la musculature du cœur, ou simplement de la débilité générale consécutive à la sévérité et à la longueur de la maladie.

Il est prudent, avant d'opérer, de s'assurer de la présence de la sérosité par une ponction capillaire, à l'aide d'une seringue de Pravaz munie d'une longue aiguille. Le diagnostic confirmé, l'auteur préconise l'emploi d'un trocart muni d'un tube plein d'eau, plongeant dans un récipient et faisant office de siphon. Mais, selon nous, il y aura tout avantage à se servir de l'aspirateur Potain.

Si la ponction exploratrice révèle le caractère purulent du liquide, l'incision de la paroi du péricarde, et son drainage constituent le seul et le meilleur mode de traitement. Deux succès inespérés de Rosenstein et de sir Charles West ne laissent subsister aucun doute à cet égard. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Trachéotomie préventive dans l'ablation d'un cancer du plancher de la bouche — Traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie; discussion. — Présentation d'instrument pour l'opération de la cataracte.

M. Monod présente deux femmes ayant subi l'une l'ablation du maxillaire supérieur pour un cancer de cet os, l'autre la désarticulation de la moitié droite du maxillaire inférieur pour un épithélioma du plancher de la bouche, de la langue et des parties voisines du pharynx.

Au sujet de la première de ces deux opérées, il demande seulement l'avis de ses collègues sur l'opportunité d'une restauration de la joue qui a dû être sacrifiée avec l'os. Il reste, en effet, une cavité mal comblée par un appareil prothétique. M. Monod se demande si une opération autoplastique pourrait être tentée et à laquelle il conviendrait de donner la préférence.

Pour la deuxième malade, M. Monod appelle l'attention de ses collègues sur les soins post-opératoires. L'opération achevée, il a pratiqué la trachéotomie, manœuvre complémentaire, qui, associée à l'introduction dans l'œsophage, par la narine, d'une sonde en caoutchouc laissée à demeure, lui a permis de remplir exactement la plaie et l'arrière-bouche avec des tampons de gaze iodoformée introduits profondément jusqu'à l'orifice supérieur du larynx.

Ce pansement a été laissé cinq jours en place, il n'avait aucune mauvaise odeur. Le huitième jour, la plaie ayant déjà bon aspect et ne fournissant aucun liquide sanieux, la canule trachéale put être supprimée. La malade fut encore nourrie, toutefois, pendant une semaine par la sonde nasale. Au bout de ce temps, elle put être considérée comme guérie. L'incision cutanée, sauf le point qui donnait passage au drain, s'était réunie par première intention et la plaie intra-buccale était cicatrisée.

M. Monod attribue en partie l'issue relativement prompte et favorable de son intervention à ce que toute l'opération a été faite au bistouri; on n'a donc pas eu à attendre l'élimination des eschares qui retarde la cicatrisation des plaies faites par le thermocautère, ni à subir les sécrétions abondantes qui accompagnent souvent cette élimination. Mais il se loue surtout de l'action combinée de la trachéotomie préventive et de la sonde nasale à demeure dont M. Verneuil a si bien fait ressortir l'utilité. Il a pu ainsi désinfecter complètement et maintenir aseptique, pendant toute la durée de la cure, le champ opératoire, sans être troublé ni par les nécessités de l'alimentation, ni par celles de la respiration. Il a écarté aussi le danger de la pneumonie infectieuse, résultant du transport dans le poumon de détritus organiques, qui complique si souvent les opérations pratiquées dans la bouche.

M. Berger ne pense pas qu'il soit indispensable d'introduire de la gaze iodoformée

dans la bouche et surtout de pratiquer la trachéotomie pour obtenir l'antisepsie des plaies de cette cavité ; pour lui, dans les nombreuses opérations qu'il a pratiquées, il n'a jamais vu survenir d'accidents septiques; pour les prévenir, il a suffi des lavages avec une solution de chloral.

M. Terrier émet des doutes sur l'existence de la pneumonie infectieuse dont a parlé M. Monod; en tout cas, la trachéotomie préventive lui paraît plutôt de nature à favoriser qu'à prévenir l'explosion de cette complication.

M. Trélat n'a jamais vu, pour sa part, dans les nombreuses opérations qu'il a pratiquées, cette pneumonie infectieuse; il ne comprend donc pas la nécessité de la trachéotomie pratiquée dans le but de prévenir une pareille complication. Par contre, il approuve absolument l'usage de la sonde nasale pour nourrir les opérés, ainsi que l'emploi de la gaze iodoformée pour se mettre à l'abri des accidents septiques.

M. Poulet (du Val-de-Grâce) fait une communication sur le traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie.

Après avoir exposé l'historique du traitement chirurgical des kystes du foie depuis Récamier, M. Poulet rapporte l'observation d'un malade auquel il a pratiqué la laparotomie pour un kyste hydatique du foie, le 12 décembre 1885, avec le concours de MM. les professeurs Chauvel, Robert, Chavasse et Vaillard (du Val-de-Grâce).

Incision de 10 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes droites et passant par le point culminant de la tumeur. Le péritoine est ouvert après hémostase complète de la plaie musculo-cutanée et suturé à la peau. Le kyste dépourvu d'adhérences ne fait pas saillie à travers l'orifice; à l'aide d'un trocart de l'appareil Potain, on retire environ trois quarts de litre d'un liquide limpide. A mesure que la distension de la poche diminue, elle est attirée au dehors à l'aide d'une pince de Museux. Deux crins de Florence sont passés à travers les parois abdominales et le kyste, perpendiculairement au grand axe de la plaie et près des angles. On peut ainsi ouvrir le kyste, vider une partie du contenu au dehors sans crainte d'épanchement dans le péritoine. Une partie de la paroi antérieure est excisée et la corolle kystique suturée à l'aide de crins de Florence aux lèvres de la plaie. Les sutures profondes des deux angles sont également maintenues en place et nouées. Deux gros tubes à drainage plongent profondément dans la cavité. Aucune injection dans la poche ni tentative pour la débarrasser des débris d'hydatides. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Bandage de corps; injections de morphine et glace. Aucun accident consécutif autre que des vomissements imputables au chloroforme et calmés par la morphine et la glace. Ni météorisme ni sensibilité du ventre; la température n'a pas dépassé 37°6 et le pouls 90.

Le 16 décembre, le malade commence à manger; le liquide s'écoule abondamment de la cavité dans laquelle on fait des injections antiseptiques phéniquées. Le 17, enlèvement d'un tube et raccourcissement de l'autre; le 22, les sutures sont coupées; la réunion s'est faite.

Dès le 20, huit jours après l'opération, le malade se levait; l'état général est excellent.

Le 24, la poche du kyste vient se présenter à l'orifice, et l'on peut l'extraire à peu près entièrement à l'aide de pinces. Les jours suivants, la suppuration devient plus franche et plus abondante, mêlée à des débris de vésicules.

A partir du 1er janvier 1886, la cavité se rétrécit rapidement; le gros tube est remplacé par un plus petit. Néanmoins, la guérison complète n'est obtenue que vers le 1er février, cinquante jours après l'opération.

M. Paulet, sans vouloir établir un parallèle entre les divers modes de traitement des kystes hydatiques du foie, pense que, si les faits analogues au sien qui ont été publiés jusqu'ici se multipliaient, il ne faudrait plus considérer l'incision en un seul temps comme un procédé d'exception. Jusqu'à présent les résultats sont encourageants, et M. Poulet se rallie volontiers aux opinions émises par MM. Terrier, Richelot, Championnière et Monod.

M. Polaillon déclare qu'il est d'accord avec M. Terrier sur la préférence à accorder à

la laparotomie dans les cas de kyste hydatique du foie analogues à celui dont M. Terrier a donné la relation dans la dernière séance, c'est-à-dire dans les cas de kystes hydatiques très volumineux; au contraire, s'il s'agit de kystes de moyen volume, il vaut mieux recourir à la ponction avec le gros trocart, suivie d'injections détersives avec des liquides antiseptiques.

M. Verneuil n'est pas opposé à la laparotomie, à la condition qu'on ne veuille pas l'ériger en règle générale applicable à tous les cas. Dans un cas semblable à celui de M. Terrier, M. Verneuil a obtenu, l'année dernière, sur un homme de 50 ans qui avait un kyste hydatique du foie occupant la moitié du ventre, une guérison complète à l'aide de son procédé par la double ponction avec le gros trocart. Après la laparotomie applicable seulement à un certain nombre de cas, il y a l'ouverture pure et simple du kyste, l'incision sans résection. Cette incision peut être faite d'emblée lorsqu'on a lieu de croire à l'existence d'adhérences solides entre la paroi du kyste et celle de l'abdomen. On commence par faire une ponction exploratrice avec l'aspirateur; si le liquide présente un aspect puriforme, s'il existe d'ailleurs de la sensibilité du ventre et des signes non douteux d'inflammation, alors, pour accélérer la marche de la guérison, M. Verneuil n'hésite pas à pratiquer une incision de 5 à 6 centimètres qui permet l'élimination facile des hydatides et de la paroi kystique.

De même l'incision est indiquée lorsque, après la ponction au gros trocart, il se manifeste des accidents de septicémie avec fièvre intense, car, dans ces cas, on est sûr que des adhérences se sont établies entre le kyste et la paroi abdominale.

M. Verneuil est tout disposé à reconnaître que l'extirpation a ses indications qu'il n'hésitera pas à remplir, le cas échéant; il traite, en ce moment, avec son collègue et ami M. Richelot, un individu atteint de kyste hydatique du foie; ils ont commencé par la ponction avec le gros trocart sous réserve de faire la laparotomie si la ponction était insuffisante.

M. Reclus admet avec tous les chirurgiens, plusieurs variétés de kystes dont le traitement comporte des procédés opératoires différents. Il y a des cas dans lesquels la laparotomie est de beaucoup préférable à tous les autres procédés.

Lorsque la poche kystique est envahie par la suppuration, il faut, sans hésitation, pratiquer une grande et large ouverture. De même dans les cas où, après la ponction au gros trocart, la poche ne se vide pas, les hydatides s'appliquant à l'ouverture et empêchant le liquide de s'écouler.

Dans les cas d'inflammation non douteuse de la poche, il n'est pas toujours sûr que des adhérences se soient établies entre le kyste et la paroi abdominale, de manière à permettre de limiter l'incision, comme le veut M. Verneuil. Les adhérences peuvent manquer et alors on est exposé à la péritonite par pénétration du pus dans la cavité péritonéale.

Chez un malade de M. Féréol, M. Reclus a dû traverser plusieurs centimètres de foie pour arriver au foyer purulent; il a suturé l'incision hépatique à la paroi abdominale; le malade a guéri sans injections détersives, l'observation et l'expérience ayant, d'ailleurs, démontré que le liquide biliaire est le meilleur des antiseptiques.

M. Léon Le Fort ne fait aucune difficulté de reconnaître que le procédé par la ponction avec le gros trocart, dû à M. Verneuil, a été un véritable progrès sur celui de Récamier; mais il y a des cas où ce procédé n'est pas applicable sans des inconvénients plus ou moins sérieux. Récemment chez un malade du service de M. Potain, deux ponctions consécutives ayant été suivies de la reproduction du liquide, M. Léon Le Fort, de concert avec son collègue, a été amené à pratiquer la laparotomie. Mais, au cours de l'opération, il a rencontré des adhérences telles qu'il dût s'arrêter et se borner à suturer les bords de la poche à l'ouverture de la paroi abdominale. Le liquide contenait des hydatides par milliers, et, lorsque le flot de l'évacuation en eut entraîné une grande quantité au dehors, il fallut avec les doigts en détacher un bon nombre qui étaient restées adhérentes à la paroi du kysle. Malgré cela, il en sort encore tous les matins au renouvellement du pansement. M. Le Fort espère obtenir la guérison de ce malade.

En résumé, suivant lui, le procédé par le gros trocart est passible d'objections; en

second lieu, pour ce qui est de la laparotomie, la question est encore aujourd'hui de savoir si, dans le cas où des adhérences existent, il y aurait avantage à enlever le kyste, malgré les adhérences, ou s'il vaut mieux les respecter.

M. Bouilly relate quatre observations très intéressantes de malades qu'il a opérés de kystes hydatiques du foie avec succès par l'incision; dans l'une de ces observations la ponction avec le gros trocart de M. Verneuil n'avait pas donné de bon résultat. Il conclut de ces observations que, dans tous les cas de suppuration intra-hépatique, quelle qu'en soit l'origine, il faut pratiquer la laparotomie, qu'il y ait ou non des adhérences.

M. Marc Sée, après diverses tentatives avec le gros trocart de M. Verneuil et avec un trocart courbe qu'il a imaginé lui-même, n'étant pas satisfait des résultats obtenus, s'est décidé à faire l'ouverture large des kystes hydatiques du foie, avec ou sans extirpation. Dans certains cas, on peut, suivant lui, se borner à pratiquer simplement l'ouverture par le procédé de l'incision en deux temps, de Volkmann.

MM. Terrier et L. Championnière s'applaudissent tous les deux de voir la Société de chirurgie manifester des tendances de plus en plus accentuées vers la laparotomie qui avait paru, tout d'abord, susciter de nombreuses oppositions parmi ses membres. Ils pensent que cette nouvelle méthode arrivera à se substituer de plus en plus aux autres procédés de traitement des kystes hydatiques du foie.

— M. le docteur Vacher (?) présente un nouvel instrument pour l'opération de la cataracte.

— M. le Secrétaire général fait connaître les sujets des prix pour le concours de 1887.

Les questions proposées sont les suivantes :

1° *Prix Demarquay :* Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie;

2° *Prix Gerdy :* Des hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.

Les chirurgiens qui désirent concourir devront adresser leurs Mémoires au secrétariat avant le 1er novembre 1886. — A. T.

FORMULAIRE

Traitement du psoriasis. — E. Besnier.

On décape les placards de psoriasis, puis on les badigeonne plus ou moins énergiquement, selon le plus ou moins d'épaisseur des couches exfoliées, avec un pinceau de soies de porc, imbibé d'un mélange de chloroforme et d'acide chrysophanique à 15 p. 100. En quelques secondes, le chloroforme est évaporé, et la plaque infiltrée d'acide chrysophanique a pris une couleur jaune intense, comparable à celle de l'iodoforme. Alors au moyen d'un pinceau plat, à vernir, on la couvre d'une couche de traumaticine (une partie de gutta-percha purifiée dans dix parties de chloroforme) assez épaisse, et qui déborde tout autour les limites de la plaque. Ces applications ont surtout été faites dans le cas de psoriasis à larges plaques et à confluence accentuée.

Lorsque la plaque est épaisse, fissurée, hautement desquamative, au lieu de chloroforme chrysophanique, l'auteur emploie une solution éthérée à 10 p. 100 d'acide pyrogallique, qu'on recouvre immédiatement d'une couche de traumaticine. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Ce concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 1er mars 1886, à cinq heures du soir, sous la présidence de M. le professeur Richet.

Le nombre des places d'agrégé de chirurgie est de onze, ainsi réparties entre les diverses Facultés : Paris, 3; Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 1; Montpellier, 2, et Nancy, 1.

Le nombre des places d'accouchements est de trois, ainsi réparties entre les diverses Facultés de médecine : Paris, 1; Montpellier, 1, et Nancy, 1.

Le jury se composera de MM. Richet, président; Lannelongue, Panas, Tarnier et Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Terrillon, agrégé à ladite Faculté; Alphonse Guérin, membre de l'Académie de médecine; Hergott et Heydenreich, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, juges titulaires.

— M. le docteur Mortagne, en mission dans le département de l'Aude, a reçu une médaille d'or de deuxième classe; MM. le docteur Gauthier, maire de Sigean, et Coste, pharmacien à Carcassonne, ont reçu une médaille d'argent de première classe pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Des lettres de félicitations ont été adressées à MM. les docteurs Lafitte, médecin à Chalabre; Sonnac, Carbon, Bourrel et Cordes, à Carcassonne; et Bonnéric, médecin à Limoux, qui ont rivalisé de zèle pendant la même épidémie.

Une médaille d'or de première classe a été accordée à M. Ebed, chef interne de l'hôpital d'Aix, qui s'est signalé par son dévouement pendant les épidémies cholériques de 1884-1885.

Une médaille d'or de première classe a été accordée à MM. les docteurs Mourgue-Tur, à Nîmes; Escalier, à Alais; à M. Deferre, pharmacien à Nîmes; à Mme Angelras, sage-femme à Césaire-les-Nismes, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Des médailles d'argent de première classe ont été accordées pour la même raison à MM. les docteurs Auriol, à Bellegrade, et Espagne à Aumessas; à M. Bourren, élève en pharmacie à Bessèges.

Une médaille d'argent de première classe a été accordée à M. le docteur Ollivier, mèdecin-major au bataillon de sapeurs-pompiers de Lille (1853-1885); s'est signalé par sa belle conduite dans de nombreux incendies et a en outre fait preuve de dévouement en temps d'épidémie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Isidore Dumas père, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé en cette ville, à l'âge de soixante-dix-huit ans, et de M. le docteur Mac Carthy, médecin du Collège Irlandais à Paris et de l'hôpital Galignani, décédé ces jours derniers.

Société de médecine de Paris. — *Prix Duparcque.* — Ce prix, de la valeur de 600 fr., plus une médaille d'or de 100 fr., sera décerné en 1887, au meilleur mémoire, *manuscrit* et *inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie interne.

Les travaux destinés au concours devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1887, terme de rigueur.

— Depuis plusieurs années, le Conseil municipal réclame la création d'hôpitaux maritimes pour les phthisiques et les enfants scrofuleux.

D'accord avec l'administration, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a sagement pensé qu'avant d'élever, à grands frais, un nouvel établissement, dans le genre de l'hôpital de Berck, il convenait d'expérimenter plusieurs points de notre littoral maritime. Il a été également d'avis que l'expérience devait s'étendre à des stations de montagnes, et il a chargé l'administration de se mettre à la recherche d'un certain nombre de stations maritimes et terrestres, sur lesquelles seraient dirigés de petits groupes d'enfants atteints de scrofule ou menacés de phthisie.

L'administration de l'Assistance publique s'occupe de mener promptement à bien cette enquête, et il y a tout lieu d'espérer que, dans quelques mois, l'expérience si intéressante réclamée par le conseil de surveillance, sera en voie de fonctionnement.

On demande **un médecin** pour La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne.) — S'adresser pour les renseignements à M. Chenard-Fréville, ancien notaire à La Chapelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Par — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Terrier : Ovariotomie incomplète. — Ligatures atrophiantes sur les pédicules. — Guérison. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 23 février. — La discussion sur les ptomaïnes est-elle close, ou d'autres orateurs viendront-ils paraphraser les belles recherches de Pasteur et d'Armand Gautier? Nous n'en savons rien, mais nous pouvons dire que la discussion provoquée par ces travaux laissera après elle une trace lumineuse ; et M. Gautier doit être heureux d'avoir poussé à la tribune médecins et chirurgiens, empressés à tirer parti de ses découvertes physiologiques, à s'appuyer sur elles pour légitimer leurs opinions ou consolider leurs théories.

Une lettre de M. Béchamp ouvre la séance. La correspondance du savant professeur de Lille, comme ses discours, a une saveur particulière. Correspondance et discours ont généralement pour objet l'étude des microzymas, seule explication raisonnable, comme chacun sait, des phénomènes intimes qui se passent dans nos tissus. Il s'agit aujourd'hui de prouver deux choses : M. Gautier n'est pas le premier qui ait dit que la vie est une pourriture ; M. Béchamp est le premier qui ait démontré que la vie n'est pas une pourriture. D'ailleurs, M. Béchamps viendra bientôt à Paris pour apprendre à l'Académie le véritable mécanisme de la nutrition.

L'avènement des ptomaïnes et les leucomaïnes a excité les esprits dans des sens différents. Quelques-uns les voient surgir avec horreur, comme si une légion d'ennemis se levait tout à coup contre la doctrine pastorienne. D'autres, pour les mêmes raisons, les accueillent avec joie, s'en emparent et les brandissent contre le microbe, sans demander à M. Gautier s'il veut ou non les suivre. Dans une troisième catégorie, nous rangerons les esprits conciliants, qui pensent que l'organisme peut être *infecté* par des microbes venus du dehors et *intoxiqué* par des alcaloïdes fabriqués à l'intérieur. « Il y a les deux choses », comme on dit souvent quand on n'arrive pas à s'entendre. Dans l'espèce, les deux choses pourraient bien exister séparément ; elles pourraient aussi s'accorder, le bacille produisant des ptomaïnes et s'en servant pour nous détruire, les ptomaïnes de nos tissus fournissant un milieu de culture au bacille.

Il ressort de ces débats qu'une idée simple, qui suffit aux gens du monde, ne peut satisfaire un esprit médical; que nous sommes encore loin des interprétations définitives; et qu'en attendant, il faut accueillir avec reconnaissance tous les faits, toutes les idées jetées à pleines mains par nos infatigables travailleurs. Ainsi fait M. Verneuil, qui, sans se laisser déconcerter par le nombre et la diversité des animaux, végétaux et alcaloïdes qu'on tire de nos tissus, proclame que l'organisme humain est à la fois une ménagerie, une serrre chaude et une usine de produits chimiques délétères. Le « le parasitisme microbique latent » nous explique un fait que les anciens trouvaient naturel et qui nous paraît à peine possible aujourd'hui, à savoir que certains hommes se portent bien. Nous avons des légions de « microbes en disponibilité » qui nous laissent vivre tranquilles si rien ne les éveille, mais n'attendent qu'un excitant, une effraction, un milieu, une

température pour accomplir leur œuvre malfaisante; et voilà pourquoi notre santé est si précaire.

Ces idées générales sont exposées par M. Verneuil à propos d'un cas de septicémie puerpérale qui fut le point de départ d'une épidémie racontée par M. Le Fort, et dont l'origine resta incertaine. Le même fait appelle M. Charpentier à la tribune, pour se rallier à la théorie microbienne de la fièvre puerpérale et repousser la spontanéité des maladies virulentes, sans méconnaître l'influence du terrain et la prédisposition morbide.

Les travaux de M. Gautier auront sans doute une grande portée dans l'avenir, et M. Verneuil, en associant son nom à celui de Pasteur, a pu dire avec juste raison que les recherches fécondes où la science française est engagée feront le plus grand honneur à notre pays. La France n'a pas déchu, puisqu'avec les Pasteur, les Armand Gautier, les Bouchard et tant d'autres, elle est encore, au milieu des nations qui travaillent, celle où se préparent les doctrines et où naissent les idées générales.

La séance se termine par une lecture intéressante de M. Worms sur le daltonisme chez les employés de chemins de fer; nous aurons occasion d'y revenir. — L.-G. R.

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

Ovariotomie incomplète. — Ligatures atrophiantes sur les pédicules. — Guérison.

Observation rédigée sur les notes de M. Monprofit, interne du service.

La nommée Hartet (Anna), femme Daboir, âgée de 55 ans, entre à l'hôpital Bichat le 29 février 1884, salle Chassaignac, lit n° 6.

Il y a six ans, cette femme fut prise de douleurs passagères siégeant dans la fosse iliaque droite et s'accompagnant de nausées et de vomissements. Dans l'une de ces crises douloureuses elle sentit, pour la première fois, dans cette fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une petite orange. Dans l'intervalle des douleurs, persistait d'une façon presque continue et au niveau de la tumeur, une gêne spéciale, comparable à un point de côté. La tumeur augmentait de volume à chaque recrudescence de la douleur et des vomissements, pour diminuer dans la période d'accalmie.

Tels ont été les seuls troubles fonctionnels pendant toute une année; l'état général restait assez bon, le ventre augmentait graduellement de volume et perdait sa symétrie en se développant davantage du côté droit que du côté gauche.

Un an après le début, le ventre étant devenu fort gênant par son volume, la malade entra dans le service de M. Siredey à l'hôpital Lariboisière; une ponction faite dans la fosse iliaque droite, retira environ un litre et demi d'un liquide couleur chocolat; cette ponction ne fut accompagnée d'aucun accident; au dire de la malade, elle ne diminua que fort peu le volume du ventre.

La douleur ou plutôt la gêne a envahi peu à peu tout l'abdomen et la région lombaire; la malade est souvent forcée de se lever la nuit pour apaiser la dyspnée.

Depuis six mois, et surtout depuis un mois, le ventre grossit beaucoup plus rapidement; les crises douloureuses sont aussi plus fréquentes et plus intenses; néanmoins, dans leur intervalle, la malade peut se lever, marcher et vaquer à ses occupations habituelles.

Les vomissements sont le symptôme le plus pénible. Dès le début de l'affection, c'est-à-dire depuis six mois, ils reparaissent presque tous les jours. Les matières rejetées sont muqueuses le matin, bilieuses ou alimentaires dans la journée. L'anorexie est presque absolue.

Il n'y a jamais eu de constipation.

La miction, depuis un mois seulement, est devenue plus fréquente, elle n'est pas accompagnée de cuisson; la quantité totale des urines émises dans les vingt-quatre heures est normale. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Les règles ont cessé depuis cinq ans, et, comme la malade avait alors 50 ans, il y a lieu de croire que cet arrêt est dû à la ménopause. Avant cela, les fonctions génitales n'avaient jamais été troublées : la menstruation s'établit à 17 ans et fut toujours très régulière; mariée à 22 ans, cette femme eut deux enfants à terme : l'un, à 23 ans; l'autre, à 25; elle fit une fausse couche de trois mois à 27 ans. Elle n'a jamais souffert d'affections utérines.

La santé de la malade est profondément altérée; elle tousse beaucoup; la poitrine est remplie de râles muqueux, sibilants et ronflants, plus nombreux aux bases; elle ne paraît pas être tuberculeuse. Les membres inférieurs sont œdématiés : le gauche a été dès le début, comme aujourd'hui, le plus enflé, il présente sur toute son étendue de nombreuses varicosités; la palpation décèle un certain degré de sensibilité sur le tiers moyen du trajet des vaisseaux fémoraux, et, dans ce point, on constate une dureté mal définie; il n'existe rien de semblable au niveau du mollet et du creux poplité. Le membre inférieur droit est moins œdématié, il est sillonné de varicosités cutanées plus nombreuses, il n'est pas sensible et ne présente aucun cordon douloureux.

Le ventre est énorme; sa circonférence, mesurée au niveau de l'ombilic, est de 113 centimètres; il est ovoïde, sa grosse extrémité se cache sous la base du thorax, et efface les dépressions épigastrique et sous-costale. La petite extrémité regarde directement en bas et surplombe le pénil et la racine des cuisses. Il existe une légère asymétrie produite par une saillie siégeant à la rencontre de l'hypogastre, de la fosse iliaque droite et de la région ombilicale. L'ombilic est à 27 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, et à vingt-huit centimètres de la gauche; il est distant de la symphyse pubienne de 26 centimètres et de 28 centimètres de l'appendice xyphoïde. Toute la paroi abdominale est sillonnée par un réseau veineux à mailles longitudinales, un peu plus développé à droite qu'à gauche. La peau est légèrement œdématiée dans la région sous-ombilicale. L'ombilic, un peu déplissé, est peu déformé.

Le ventre est tendu, de sorte que la main ne reconnaît qu'une résistance uniforme; nulle part il n'existe de masses dures. On peut obtenir la sensation de flot dans la partie sous-ombilicale, et dans cette même région, quand on déprime brusquement la paroi, le doigt arrive sur un plan résistant situé profondément.

La matité occupe la plus grande partie de l'abdomen; elle est limitée supérieurement par une ligne qui, commençant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, se dirige d'abord presque horizontalement à gauche; puis la ligne se redresse, monte jusqu'au rebord cartilagineux des fausses côtes sur lequel elle empiète, redevient alors transversale et descend ensuite dans la partie la plus reculée du flanc gauche; elle s'incline alors un peu avant pour se terminer au milieu de la région iliaque gauche. A droite, la ligne monte beaucoup plus rapidement vers le rebord costal, qu'elle n'atteint pas, devient transversale, puis descend verticalement dans la partie la plus reculée du flanc droit et se termine sur la crête iliaque. Une bandelette de sonorité sépare la matité hépatique de la matité de la tumeur. En résumé, la matité occupe les régions hypogastrique, ombilicale et iliaque droite en totalité, la plus grande partie du flanc droit, une partie moins considérable du flanc gauche, la plus grande partie des hypochondres et la moitié interne dans la fosse iliaque gauche.

Le col est petit, peu mobile, remonté et appliqué contre la face postérieure de la symphyse pubienne, où le doigt ne peut l'atteindre qu'en se recourbant en forme de crochet. Le cul-de-sac droit est plus large que le gauche, vers lequel le col se dirige. On ne sent aucune tumeur, aucune masse fluctuante au fond des culs-de-sac. La combinaison de la palpation et du toucher ne fournit aucun renseignement.

Le 5 mars. — Une ponction faite avec aspiration retire trois litres et demi d'un liquide couleur chocolat; le soir même, la malade a un frisson; la température est de 38°2.

Le lendemain, la température monte encore à 39°, puis tout rentre dans l'ordre.

L'état général est rapidement amélioré par le repos absolu au lit; les bronches se

sont dégagées, l'œdème a disparu, mais l'anorexie persiste. La température, le matin, est de 37°3 à 37°5 et le soir de 38°.

Opération le 18 mars 1884, par M. F. Terrier. — La malade est anesthésiée par le docteur Lambert, sous la surveillance de notre collègue le docteur G. Richelot; MM. Berger et Périer servent d'aides.

L'incision médiane traverse facilement la paroi fort peu épaisse, mais adhérente au kyste, si bien qu'on eut quelque peine à trouver le péritoine. Le kyste est alors décollé en avant et latéralement; de plus, l'incision est prolongée en haut, jusqu'au-dessus de l'ombilic, pour rechercher, mais en vain, la cavité péritonéale libre d'adhérences. La tumeur est ponctionnée, et on vide un lobe inférieur contenant quatre litres et demi de liquide.

Les adhérences du kyste et de la paroi abdominale sont peu à peu dissociées, et, à gauche, on arrive à des adhérences avec l'S iliaque et la trompe. Notons que le kyste s'est développé sur l'ovaire droit. A droite, les adhérences vont jusqu'au cœcum et au côlon ascendant; un peu plus haut, on peut arriver jusqu'au côlon transverse, à des anses d'intestin grêle et à l'épiploon.

En cherchant en haut à décoller la paroi kystique, on la rompt et, de la poche ouverte, il s'écoule environ deux à trois litres de liquide noir et filant. La paroi de cette poche est largement déchirée, de façon à la faire communiquer par une grande ouverture avec la poche ponctionnée au début de l'opération.

Enfin, on s'aperçut que le kyste, remontant à gauche, sous l'hypochondre, à droite, jusqu'à la face inférieure du foie, adhérait partout intimement aux parties voisines; de plus, deux anses intestinales sont entièrement incluses dans la cavité kystique, qu'elles traversent comme de véritables conduits. Il faut donc réséquer le plus possible de la masse morbide et suturer le reste à la paroi, ce qui fut fait, peu à peu, avec vingt-neuf points de suture d'argent. Cinq autres points furent placés sur une cloison, qui séparait les deux poches principales de la masse kystique. En bas, des deux côtés de l'utérus, nous fîmes sur les trompes et les ligaments de l'ovaire deux ligatures, avec du catgut à gauche et de la soie à droite, dans le but d'atrophier les masses kystiques.

Enfin, les kystes furent déchirés et mis en large communication les uns avec les autres, pour n'avoir qu'une poche largement ouverte à l'extérieur.

L'opération, faite d'après les règles de Lister, dura une heure et demie.

Le 18. — Soir : Deux vomissements bilieux; soif vive, coliques autour de l'ombilic. Glace, champagne, 0,02 centigr. de morphine en injections hypodermiques. Temp. 38°3, pouls 108, resp. 28.

Le 19. — Matin : Pas de vomissements ni de coliques; soif vive; 0,02 centigr. de morphine. Temp. 38°5, pouls 108, resp. 29. Premier pansement : sérosité sanguinolente n'ayant aucune odeur, imbibant les compresses et recouvrant la plaie béante; ce liquide est épuisé avec du coton hydrophile; les drains ne sont pas retirés pour être lavés, et il n'est fait aucune injection. — Soir : Même état; 0,02 centigr. de morphine. Temp. 39°5, pouls 124, resp. 28.

Le 20. — Matin : La nuit a été bonne; émissions gazeuses par l'anus; quantité d'urine dans les vingt-quatre heures : 500 grammes. Le pansement est renouvelé; il n'y a pas de pus, mais une sérosité sanguinolente. Temp. 38°7, pouls 117, resp. 29. — Soir : Même état. Temp. 38°4, pouls 112, resp. 24.

Le 21. — Matin : La sérosité devient louche; lavage de la cavité kystique avec une solution de sulfate de cuivre au centième. Temp. 38°5, pouls 112, resp. 26. — Soir : Légères coliques; douleurs lombaires. Temp. 38°5, pouls 120, resp. 30.

Le 22. — Matin : La nuit a été mauvaise, troublée par des cauchemars; soif très vive, pas de nausées ni de vomissements. Coliques assez intenses; sensation de froid dans le ventre. Le liquide séro-purulent est devenu franchement purulent. Temp. 39°, pouls 117, resp. 27. — Soir : Soif très vive; la malade est très faible, son facies est altéré; douleur dans le côté droit du ventre, légère tuméfaction à ce niveau. Temp. 38°9, pouls 120, resp. 29.

Le 23. — Matin : Suppuration peu abondante. Temp. 38°2, pouls 120, resp. 30. — Soir : Temp. 38°8.

Le 24. — Temp. : matin, 38°; soir, 38°2.

Le 25. — Temp. : matin, 38°; soir, 38°2.

Le 26. — Cinq fils situés sur la circonférence sont enlevés. Diarrhée; le champagne est supprimé. Régime lacté et 50 grammes de viande crue.

Le 27. — Temp. : matin, 38°; soir, 38°6. Diarrhée; même régime. La suppuration, devenue plus abondante, nécessite deux pansements par jour : l'un le matin, l'autre le soir.

Le 28. — Temp. : matin, 37°8; soir, 38°4. Quatre fils sont enlevés. Diarrhée.

Le 29. — Temp. : matin, 37°8; soir, 38°2. Tois fils de la circonférence, et les cinq situés sur la travée du milieu sont enlevés. Diarrhée.

Le 30. — Temp. : matin, 37°6; soir, 38°4.

Le 31. — Temp. : matin, 38°1; soir, 39°. Quatre fils sont enlevés. Diarrhée.

Le 1er avril. — Temp. : matin, 38°; soir, 39°. Six fils sont enlevés. Diarrhée.

Le 4. — Trois fils sont enlevés. La diarrhée persiste encore un certain temps, et se réveille aussitôt que la malade prend autre chose que du lait et de la viande crue, la quantité de celle-ci est portée à 100 grammes. La cavité du kyste devient de moins en moins profonde, et bientôt elle n'a que le diamètre des drains ; mais la travée, ainsi que la portion de la poche adhérente à la demi-circonférence inférieure de l'orifice, bourgeonne et produisait des végétations exubérantes. Les végétations sont d'abord cautérisées avec du chlorure de zinc, puis avec une solution de perchlorure de fer qui donne un résultat plus satisfaisant ; elle détruit ces productions qui sont remplacées par des bourgeons charnus de bonne nature. Dès ce moment, la marche vers la cicatrisation est rapide.

Au côté droit de l'orifice, la masse dure et volumineuse qui n'avait pu être enlevée diminue très notablement de volume.

Quand la malade quitte l'hôpital le 6 août 1884, il n'existe plus qu'une dépression dont le fond, grand comme une pièce de 5 francs, est recouvert de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 17 janvier 1885. — Mme D... a beaucoup engraissé et sa santé est très bonne ; toutefois, elle se plaint encore de quelques douleurs de reins.

La partie supérieure de la cicatrice abdominale s'est très notablement dilatée, et il existe là une assez large éventration vers la partie inférieure de laquelle on constate une ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

En bas, au niveau du fond de l'utérus, existe une surface de 4 à 5 centimètres d'étendue, bourgeonnante, granuleuse, ayant de la tendance à végéter. Cette surface est pansée régulièrement avec du perchlorure de fer, ce qui arrête sa végétation excessive, mais produit quelques douleurs.

En fait, la partie du kyste correspondant au fond de l'utérus et non soumise aux ligatures atrophiantes, continue seule à végéter comme le ferait une tumeur maligne.

Le 12 novembre 1885. — On constate à droite et en bas de la plaie, due à l'ouverture persistante du kyste, un noyau induré faisant corps avec la plaie. De plus, à droite, les ganglions inguinaux sont indurés et volumineux alors qu'ils sont plus petits à gauche.

En janvier 1886, Mme D... entre une seconde fois à l'hôpital Bichat, se plaignant d'une toux opiniâtre et d'affaiblissement général.

L'auscultation donne peu de signes; quelques râles ronflants et sibilants disséminés dans la poitrine ; crachats spumeux et un peu purulents.

L'état local reste le même, sauf que les indurations ganglionnaires sont plus nettes et semblent se prolonger plus profondément vers le bassin.

L'état général est assez médiocre. L'amaigrissement très accusé. Sous l'influence du repos et d'un traitement rationnel de la bronchite, l'état général s'améliore beaucoup, et, aujourd'hui, 16 février 1886, la toux a notablement diminué et la malade a engraissé manifestement. Quant à l'état local, il est à peu près le même.

Cette observation est remarquable, surtout par la singulière disposition des loges kystiques et par leurs adhérences avec les parties voisines. Il

semble, en outre, que la masse polykystique née ou paraissant née à droite, ait englobé dans son intérieur une ou deux anses d'intestin grêle, soit que celles-ci, d'abord adhérentes au kyste, aient fini par être contournées par lui, soit qu'à la tumeur kystique il faille ajouter des poches de péritonite circonscrite, englobant alors des anses intestinales. La première interprétation nous paraît plus probable.

Quoi qu'il en soit, nous avons dû faire ici une ovariotomie très incomplète, nous bornant en quelque sorte à ouvrir largement les deux loges principales de la tumeur.

Mais, pour nous opposer autant que possible à la végétation ultérieure de ces parois, nous avons cru devoir jeter sur chacune des cornes de l'utérus une ligature, faite d'un côté avec du fil de soie, de l'autre avec du catgut. Ces deux ligatures ont eu pour but de déterminer dans une certaine limite l'atrophie des masses polykystiques simplement ouvertes.

On voit qu'en fait, la suite de l'observation nous a donné raison, en ce sens qu'il n'y a pas eu de végétations kystiques, et que la partie de la tumeur qui répondait au fond de l'utérus végète seule au moins actuellement, c'est-à-dire près de deux ans après l'opération.

Un autre point important à signaler, c'est l'engorgement récent des ganglions de l'aine des deux côtés, ce qui indique une tendance à la généralisation et une certaine malignité de la néoformation, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre étant donné ce qu'on sait aujourd'hui sur la nature épithéliale de ces néoformations ovariennes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Ranvier, pour la section d'anatomie pathologique; de M. Tanret, pour la section de pharmacie; de M. le professeur Wasseige (de Liège), pour le titre de correspondant étranger;

2° Une lettre de remerciements de M. le docteur Sagnier, lauréat de l'Académie;

3° Une observation de tumeur fibreuse de l'utérus guérie par les injections d'ergotine, par M. le docteur Jaurès;

4° Un travail de M. le docteur Zimmermann, médecin-major, intitulé : *Nouveaux arguments et faits pour la théorie musculaire de l'accommodation;*

5° Une lettre de M. le docteur Pinard offrant, au nom de Mme la vicomtesse Clarq, veuve de Bretonneau, le portrait du docteur Bretonneau (de Tours).

M. Proust présente, au nom de M. Homo, un travail sur les eaux minérales du Caucase.

M. Villemin présente, au nom de M. le docteur Jules Stroëbel, médecin aide-major de 1re classe, un travail manuscrit intitulée : *Pratique de la vaccination animale; avantages de son emploi; valeur des résultats obtenus au 33e régiment d'artillerie.* (Comm. de vaccine.)

M. Constantin Paul lit le rapport sur le concours Vulfranc-Gerdy. Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

M. Marc Sée fait une communication sur un point de l'anatomie du poumon. Voici le résumé de ce travail :

Le réseau capillaire des alvéoles pulmonaires, ou *réseau respiratoire,* dont les vaisseaux

sont à peine assez larges pour laisser passer les globules rouges, et dont les mailles s'effacent presque complètement quand ces vaisseaux sont distendus par le sang, forme une immense nappe sanguine de l'épaisseur d'un corpuscule sanguin, et dont l'étendue mesure, d'après Küss, 130 mètres carrés de surface, ce qui représente environ deux litres de sang.

J'ignore par quelle voie Küss est arrivé à évaluer l'étendue de la surface respiratoire du poumon, et M. Mathias Duval n'a pu me fournir aucun renseignement à cet égard. J'ai donc cherché à contrôler les données de Küss, et voici comment je m'y suis pris :

Connaissant le volume de l'air que renferme l'appareil pulmonaire tout entier après une inspiration ordinaire, si l'on déduit de ce volume celui de l'air contenu dans les voies aériennes (larynx, trachée, bronches et leurs ramifications) (c. b.), on aura le volume de l'air des vésicules, ou le *volume total des vésicules pulmonaires*.

Comme nous savons quel est le diamètre moyen des vésicules pulmonaires, il est donc facile de calculer le volume d'une vésicule (*c.* v.) et aussi la surface de la petite sphère dont elle fait partie. Le rapport entre C. v. et c. v. exprime le *nombre total des vésicules* pulmonaires. De la surface de la sphère vésiculaire, on devra retrancher, pour se rapprocher autant que possible de la réalité, un quart ou un cinquième représentant l'orifice par lequel les vésicules communiquent entre elles. Le reste, multiplié par le nombre des vésicules, donnera l'étendue totale de la *surface respiratoire du poumon*.

Or, d'après Meissner, l'appareil respiratoire, après une inspiration ordinaire, contient 3,500 centimètres cubes, ou 3 millions et demi de millimètres cubes d'air.

La capacité des *voies aériennes* n'est pas très difficile à évaluer approximativement, ces voies représentant un cylindre, ainsi que je l'ai démontré, et non point un cône s'élargissant de plus en plus, comme on le croyait autrefois. Cette capacité, bien certainement, ne dépasse pas 100 centimètres cubes. Le volume de l'ensemble des vésicules pulmonaires est donc de 3,400 centimètres cubes, ou 3,400,000 millimètres cubes.

Nous avons vu que le *diamètre moyen de la vésicule pulmonaire*, chez un adulte vivant, peut être évalué à $0^{mm},2$. Le *volume de cette vésicule*, calculé au moyen de la formule $V=4/3\,\pi R^3$, est donc d'environ $0^{mm}c.,003$. Le volume total des vésicules divisé par 0,003 donne le *nombre des vésicules du poumon*, qui est de 1,133,333,333, c'est-à-dire de plus de 1,100 millions.

Enfin, la formule $S=4\,\pi\,R^2$ nous donnera la *surface d'une vésicule pulmonaire*, qui est de $0^{mm\,D},125$. Si nous diminuons cette surface d'un cinquième, il restera $0^{mm\,D},1$, qui, multiplié par le nombre des vésicules du poumon, produit 133,333,333 millim. carrés. La *surface respiratoire* du poumon a donc une étendue de 130 à 135 mètres carrés. Ce chiffre, comme on le voit, diffère peu de celui de Küss.

Il est facile de s'assurer, par des calculs analogues, que l'énergie de la respiration, dans les espèces animales, doit être d'autant plus grande que leurs vésicules pulmonaires sont plus petites.

M. Colin (d'Alfort) dit que les évaluations dont vient de parler M. Marc Sée, se trouvent indiquées déjà dans un travail très ancien de Hales, traduit par Sauvage.

M. Marc Sée répond qu'on ne les trouve pas dans les ouvrages de physiologie qui sont aujourd'hui entre les mains des élèves.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

M. le Secrétaire perpétuel lit, au nom de M. Béchamp, membre correspondant, une note intitulée : *Observations relatives à une assertion de M. Gautier dans la discussion sur les ptomaïnes*.

L'auteur de cette note déclare que M. Gautier s'est trompé lorsqu'il a cru avoir le premier démontré que les phénomènes généraux de la nutrition dans l'organisme animal sont de l'ordre des phénomènes de fermentation ou de putréfaction. Cette démonstration, M. Béchamp la réclame comme sienne, car, dès 1871, conformément à des recherches dont le début remonte à 1854, il s'exprimait ainsi devant l'Académie :

« L'être vivant, rempli de microzymas, porte donc en lui-même les éléments essentiels de la vie, de la maladie, de la mort et de la totale destruction. Et que cette diversité dans les résultats ne nous étonne pas trop, les procédés sont les mêmes. Nos cellules, c'est un fait d'observation de tous les instants, se détruisent sans cesse, par suite de fermentations fort analogues à celles qui succèdent à la mort. En entrant dans l'intimité des phénomènes, on pourrait vraiment dire, n'était le caractère choquant de l'expression, que nous nous putréfions sans cesse. »

Depuis lors, ayant mieux pénétré dans l'essence des phénomènes vitaux, conformément à la théorie des microzymas, M. Béchamp a répudié ce langage. Non ! il n'y a pas de phénomène méritant d'être appelé de fermentation ou de putréfaction. Nous ne nous putréfions pas, nous nous nourrissons. M. Béchamp demande en terminant qu'on lui réserve la parole pour une prochaine séance.

M. Verneuil rappelle que dès l'année 1869, il affirmait devant l'Académie l'existence dans les plaies, d'un *virus* traumatique ; il admettait aussi avec Panum, Bergmann et d'autres, la formation possible d'un poison chimique qu'on appelait *sepsine* à cette époque.

Plus tard, il proclamait dans ses discours, dans ses écrits, que notre organisme était à la fois « une ménagerie, à cause des parasites animaux qu'il renferme; une serre-chaude, à cause des végétaux qui y germent; enfin, une usine à produits chimiques délétères, si bien étudiés, en ce moment, sous les noms de ptomaïnes, de leucomaïnes, par M. Armand Gautier.

Partant de là, M. Verneuil était donc disposé à reconnaître pour les maladies générales deux origines principales : 1° l'invasion de germes étrangers puisés dans le milieu cosmique et nous pénétrant de dehors en dedans ; 2° l'adultération de notre milieu interne par les déchets provenant d'une nutrition diminuée, augmentée ou pervertie.

M. Verneuil est donc prêt à adopter tout ce qui lui paraîtra démontré dans la théorie microbienne et dans les théories empruntées à la physiologie pathologique et à la chimie biologique.

Quant au rôle de l'organisme lui-même, M. Verneuil en reconnaît la prépondérance pour les maladies d'origine physiologique, mais, pour les maladies mésologiques ou microbiennes, l'économie en est réduite à subir, à multiplier ou à détruire, à refuser ou à rejeter les germes, sans pouvoir, bien entendu, en créer un seul, en quelque moment et dans quelques conditions que ce soit.

C'est assez dire que, dans aucun cas, M. Verneuil n'admet la spontanéité morbide au sens grammatical du mot, car les altérations en plus ou en moins de la nutrition impliquent nécessairement des causes et, d'autre part, la spécificité pathologique sous-entend d'une façon absolue l'existence d'êtres tout à fait distincts de ceux qu'ils envahissent.

Répondant à M. Léon Le Fort, au sujet de la première femme atteinte de fièvre puerpérale, dans la petite épidémie dont il a donné la relation, M. Verneuil croit pouvoir expliquer de la manière suivante le mécanisme de l'infection chez cette première victime de l'épidémie. Une femme atteinte depuis dix-huit mois d'une fistule à la cuisse, devient enceinte et accouche. Bientôt elle est prise d'accidents puerpéraux mortels et cela dans un moment et dans un pays où, la fièvre puerpérale étant, pour ainsi dire, inconnue, il était à peu près impossible d'admettre la contagion directe.

La fistule de la cuisse recélait sans doute, depuis une époque indéterminée, un agent infectieux, peut-être celui de l'érysipèle, lequel n'est pas rare à la campagne, comme l'a prouvé l'enquête récente, dont les résultats sont consignés dans l'*Union médicale* de 1885, et qui, comme chacun sait, engendre aisément et communément la fièvre puerpérale. Il n'y a pas loin de la cuisse à la vulve, et, comme on n'avait pas pris sans doute grande précaution pour isoler le foyer crural du trauma génital, ce dernier est devenu le siège d'une auto-inoculation traumatique à distance donnant vraisemblablement naissance à une lymphangite infectieuse.

M. Verneuil s'étonne du scepticisme de MM. Léon Le Fort et Peter au sujet de cette explication si naturelle. En ce qui touche le parasitisme microbique, ils savent cepen-

dant qu'avec les apparences de la santé la plus florissante, on peut recéler en soi pendant un temps indéterminé, sans en être incommodé, le principe de certaines maladies virulentes, comme la syphilis et la tuberculose, contagieuses comme l'érysipèle et la septicémie, endémiques comme le paludisme, etc. Dès lors comment ne pourrait-on pas recéler en soi le virus de la fièvre puerpérale sans en être personnellement molesté jusqu'à nouvel ordre?

Pour expliquer comment la première malade a été infectée, il suffit à M. Verneuil d'admettre que cette femme était d'abord *toxifère* sans être *intoxiquée*, mais qu'étant *intoxicable* elle s'est d'abord *auto-intoxiquée* à la faveur d'un trauma, pour fournir enfin du poison et *intoxiquer* les autres.

MM. Léon Le Fort et Peter admettent qu'un abcès de la cuisse, affection banale, se combinant avec un état physiologique, le puerpérisme, peuvent à eux deux engendrer de toutes pièces, par l'intermédiaire d'un produit chimique dit leucomaïne, une maladie générale infectieuse, contagieuse, spécifique au dernier point.

M. Verneuil laisse à ses collègues la responsabilité d'une telle assertion.

M. Peter affirme que l'organisme a tout fait : transformation ou création; que le microbe n'a été qu'un agent dont la nocivité purement adventice a été un produit de l'organisme dans un état d'activité spéciale, la puerpéralité.

M. Verneuil préfère de beaucoup, à l'explication de ses collègues, celle qu'il a déjà donnée, car elle lui paraît plus simple, plus compréhensible et conduisant seule à des résultats pratiques.

En présence d'une femme enceinte ayant un abcès fistuleux à la cuisse, il aurait pris soin avant, pendant et après l'accouchement, de désinfecter cet abcès, ou bien encore il aurait placé sur l'orifice fistuleux un pansement quelconque capable de l'isoler et de prévenir tout transport du pus de la cuisse à la vulve, ou enfin il aurait fait minutieusement et continué plusieurs jours de suite l'antisepsie des voies génitales avec le sublimé ou tout autre agent parasiticide.

M. Verneuil a la conviction qu'en agissant ainsi, en vertu d'une théorie qu'il croit bonne, la commune de la Ferté compterait encore les sept mères de famille qu'une petite épidémie de fièvre puerpérale a enlevées.

« Et c'est ainsi, ajoute M. Verneuil en terminant, que dans cinquante ans peut-être la doctrine parasitaire, par la prophylaxie, sinon par la thérapeutique directe, aura conservé plus d'existences que toutes les théories et les systèmes de la vieille pathologie. »

M. Charpentier déclare que l'on peut d'abord considérer comme absolument incontestable ce grand fait, à savoir que la septicémie puerpérale est la manifestation sous des formes multiples d'une infection, d'une intoxication de la femme en couches. Elle s'accompagne toujours de la présence de microbes dans les tissus de la femme ainsi atteinte. Elle est d'ailleurs essentiellement transmissible, et l'on peut aujourd'hui, grâce aux précautions antiseptiques, non seulement empêcher cette transmissibilité, mais supprimer, pour ainsi dire, la maladie elle-même.

De 10 à 15 p. 100 la mortalité est descendue à 1 p. 100 dans presque tous les services hospitaliers. Elle est devenue presque nulle en ville.

M. Charpentier examine successivement les deux questions suivantes :

1° Uhe femme en couches peut-elle produire à elle seule de la septicémie puerpérale, faire de l'*auto-infection* en l'absence de tout agent septique transmis?

2° Etant admis que la septicémie est toujours le résultat d'un agent infectieux, quelle est la nature de cet agent?

A la première question, M. Charpentier répond par la négative, tout en reconnaissant que, malgré les progrès réalisés depuis l'antisepsie, on observe encore de temps en temps quelques cas isolés de septicémie puerpérale. Ils se produisent malgré tous les soins, malgré toutes les précautions. Pour les expliquer, on a imaginé en Allemagne la théorie intestinale. Mais c'est un point qui est encore loin d'être élucidé.

En présence de tels faits, on se pose une double question.

La femme a-t-elle été contagionnée malgré tout par la plaie utérine?

L'a-t-elle été par une infection autogénétique (intestinale ou autre)?

Quoi qu'il en soit, le terrain est d'une grande importance, et si les agents infectieux, si les microbes se multiplient si rapidement chez la femme en couches, c'est qu'ils y trouvent un terrain tout préparé, renfermant déjà en grande abondance des matériaux morts.

Chez la femme dont a parlé M. Le Fort, il est probable que les choses se sont passées ainsi que l'a dit M. Verneuil. C'est parce que le terrain qui était déjà mauvais, l'est devenu davantage que le microbe s'est multiplié dans un milieu de culture qui lui convenait à merveille. La fistule a dû jouer un rôle dans l'infection de cette malade, soit que le microbe pathogène renfermé dans le pus ait été porté directement au contact des parties génitales, soit qu'il ait été résorbé dans la fistule même, sous l'influence de la dépression de la femme.

Ainsi toute la différence entre l'opinion de M. Peter et celle de M. Charpentier consiste en ceci : pour l'un le terrain est tout, tandis que pour l'autre, il ne joue que le second rôle.

Pour M. Charpentier le microbe est l'agent principal, sans lui pas d'infection possible, et c'est parce qu'il se trouve, dans la puerpéralité, des conditions favorables à son absorption que la septicémie s'est manifestée.

Si M. Peter veut le convaincre, il faudra qu'il démontre par des faits qu'il n'existe pas, chez la femme puerpérale, de microbes pathogènes isolables, capables de produire la septicémie expérimentalement. Or les travaux de MM. Doléris, Tiegel, Klebs, etc., ont montré qu'il existe bien de tels microbes.

Dans les cas où c'est la forme lymphatique de la maladie qui prédomine, ce que l'on rencontre le plus souvent, c'est le *micrococcus en chapelet*.

Dans les septicémies sanguines, les affections à forme lente avec trombus septiques et foyers secondaires dans les embolies métastatiques, c'est le vibrion *à points doubles, le diplococcus,* ou en points multiples, le *staphylococcus*. Inoculés, ces microbes ont toujours reproduit la septicémie. On en peut conclure que ce sont eux qui sont les agents réels et efficaces de cette septicémie.

M. Worms lit un travail intitulé : *Daltonisme chez les employés de chemins de fer*.

La sécurité en matière d'exploitation des chemins de fer étant basée en partie sur la perception nette des signaux colorés, il est de toute nécessité. dit M. Worms, d'écarter du service les agents qui sont appelés par leurs fonctions à diriger les trains d'après la couleur des signaux placés sur la voie, ou à manœuvrer ces signaux, lorsqu'ils sont incapables de distinguer les signaux rouges des signaux verts.

M. Worms, médecin en chef de la Compagnie du Nord, a fait porter ses recherches sur 11,173 agents du service actif, parmi lesquels on a trouvé 224 individus ayant une certaine imperfection du sens chromatique, dont 61 seulement, soit 5,4 p. 1,000, confondent le vert et le rouge, et encore tous ces agents ont été écartés du service actif après cette expertise, et l'on peut être assuré que jamais il ne se produira un accident par suite de daltonisme.

M. Worms pense qu'il serait bon de faire faire dans les écoles une certaine gymnastique des couleurs pour diminuer la proportion encore considérable du daltonisme.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

POTION CALMANTE. — N. Gueneau de Mussy.

Hydrolat de tilleul	50	grammes.
Hydrolat de fleurs d'oranger	40	—
Hydrolat de menthe	10	—
Hydrolat de laurier-cerise	5	—
Sirop de morphine	25	—
Bromure de sodium	4	—

F. s. a. Une potion dont on prescrira deux cuillerées à l'entrée de la nuit, en continuant de la sorte de deux en deux heures, jusqu'à effet hypnotique, pour combattre l'insomnie persistante des typhoïques. — Si l'intensité de la fièvre ou les menaces de congestion encéphalique font redouter l'opium, on remplace le sirop de morphine par du sirop de menthe, destiné à masquer la saveur du bromure, et on supprime l'hydrolat de menthe. —N. G.

COURRIER

Congrès français de chirurgie. — La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris cette année du 18 au 24 octobre, sous la présidence de M. Ollier. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18 à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Quatre séances seront consacrées à des *Questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *Questions diverses*.

Les conclusions de tout mémoire relatif à ces dernières devront être envoyées au secrétariat général du 1er au 15 juillet, afin d'être publiées avant l'ouverture du Congrès. (art. III du Règlement).

Le Comité permanent a décidé que les mémoires dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées ne pourraient être lus qu'après les autres, et si le temps le permet seulement.

Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Nature, pathogénie et traitement du tétanos.
2° De la néphrotomie et de la néphrectomie.
3° Des résections orthopédiques.
4° De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

Extrait des statuts. — III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile (1) et paient cotisation.

VI. La cotisation annuelle des membres est de vingt francs. Elle donne droit au volume des Comptes Rendus du Congrès.

Une cotisation de trois cents francs donne droit au titre de fondateur.

Une cotisation de deux cents francs confère le titre de membre à vie. L'une et l'autre opèrent le rachat de toute cotisation annuelle.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 16 mars 1886, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1886.

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui ont déjà obtenu du doyen l'auto-

(1) Prière de s'inscrire avant le 1er mai, si possible, et avant le 15 juillet, au plus tard. Envoyer la cotisation par mandat sur la poste, à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.

risation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1885-1886. Ces élèves sont admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs).

3° Les élèves obligés, les docteurs et les élèves non obligés autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, du 22 février au 13 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

Congrès des sociétés savantes. — Le Congrès des délégués des sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbone le 27 avril 1886; la séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre le 1er mai.

— Par arrêté ministériel en date du 6 février 1886, M. le docteur Balzer, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hôpital de Lourcine.

— La Société protectrice des animaux a décerné, dans sa séance générale annuelle, des médailles de vermeil à MM. les docteurs Dajon, Doumic, Durand, Jenot et Okinzyc, médecins inspecteurs, et une médaille d'or à MM. les docteurs Picard (de Lagny) et Picard (de Selles-sur-Cher), pour leurs publications.

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le docteur Johnston, décédé ces jours derniers, à Paris, à l'âge de soixante ans.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Bouchacourt, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur honoraire.

M. Rochet, aide d'anatomie, est chargé provisoirement des fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Jaboulay, appelé à d'autres fonctions.

MM. Albertin et Condamin sont délégués, à titre provisoire, dans les fonctions d'aide d'anatomie en remplacement de MM. Rochet et Vallas, appelés à d'autres fonctions.

M. Vallas (Maurice), aide d'anatomie, est nommé, pour trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Pravaz, dont la délégation est expirée.

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Alezais (Marie-Jean-François-Henri), est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Ganel, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Winsbach est nommé préparateur de physique et de toxicologie, en remplacement de M. Laurent, démissionnaire.

Enseignement libre. — Le docteur Aguilhon de Sarran reprendra son cours de chirurgie dentaire le mardi 2 mars, à cinq heures du soir, et le continuera les samedis et mardis suivants à sa clinique, 13, rue Suger.

Société de médecine de Paris. — Séance du 27 février 1886. — *Ordre du jour :* 1. MM. Gillebert d'Hercourt père et Thevenot : Rapport sur la candidature de M. le docteur Rey, au titre de membre correspondant. — 2. M. Coignard : Réflexes cardio-vasculaires dans la lithiase biliaire. — 3. M. Dehenne : Note sur l'emploi des préparations ergotées (ergotine ou ergotinine) en injections sous-cutanées chez les diabétiques et les albuminuriques. — 4. M. Edmond Wickham : De l'albuminurie dans la syphilis secondaire. — 5. Vote sur les candidatures de MM. Gillette (honorariat) et Lediberder (membre correspondant).

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Par — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Ch. Eloy : La pathogénie et la médication phosphorée du rachitisme. — II. Bibliothèque : De l'herpétisme. — Étude clinique des applications thérapeutiques de l'antipyrine. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Chronique. — VII. Formulaire.

La pathogénie et la médication phosphorée du rachitisme.

Dans un mémoire un peu oublié, mais qui, en 1873, fit quelque bruit, M. Wegner donnait la relation d'expériences fort ingénieuses. En ajoutant quotidiennement de petites doses de phosphore à l'alimentation de jeunes lapins et de jeunes chiens, il avait constaté, après quelques semaines, des modifications anatomiques et des altérations trophiques des os.

Le tissu de ces organes était devenu relativement plus compact; mais cet accroissement de densité ne portait pas sur la totalité de l'os. Entre le cartilage épiphysaire et le tissu spongieux diaphysaire, on observait une zone intermédiaire, sorte de *lit phosphatique* néoformé. L'utilisation de ces résultats expérimentaux dans l'étude pathogénique du rachitisme et l'application du phosphore au traitement de cette affection devaient aisément venir à l'esprit. M. Wegner en eut l'idée, et fit quelques timides essais thérapeutiques. Mais, dociles à l'opinion dominantes, la grande majorité des praticiens et M. Wegner lui-même persistèrent à placer la cause du rachitisme dans la pauvreté des tissus osseux en éléments calcaires.

Les hypothèses ne manquent pas sur ce point d'étiologie. Les uns trouvent la cause du rachitisme dans l'élimination par les urines des matières calcaires dissoutes par l'acide lactique en excès, et regardent cette affection comme une sorte de *décalcification* de l'organisme. Cette hypothèse d'Heitzmann est cependant toute gratuite, après le formel démenti donné par les essais chimiques de Baginski. D'autres, avec Petersen, analysent les fèces des rachitiques, enregistrent leur richesse en sels de chaux, et attribuent cette richesse à l'inertie d'un intestin rebelle à l'absorption des

FEUILLETON

CHRONIQUE

*Ligue contre la tuberculose. — Dernière maladie et autopsie de M. Panum. — Un malentendu entre le cercle médical argentin et la Faculté de médecine de Paris. — Le volume VI de l'*Index-Catalogue.

L'idée émise par M. Verneuil, relativement à la guérison de la tuberculose, a reçu un accueil empressé et unanime de la presse médicale et extra-médicale. Tous les journaux, petits et grands, l'ont encouragée non seulement par des paroles, mais encore par des actes, en ouvrant des souscriptions en tête desquelles figure très honorablement *La Rédaction*. L'argent réclamé par M. Verneuil, comme étant le nerf des luttes pacifiques aussi bien que de la guerre sanglante, arrive de toutes parts; après les grandes bourses s'ouvriront les petites; après le directeur politique du *Petit Journal*, qui s'est inscrit à lui seul pour 500 francs, viendront les 500,000 lecteurs de cet utile petit journal dont les modestes oboles réunies décupleront cette somme. Cette idée si française, de combattre un des fléaux les plus meurtriers de l'humanité, ne pouvait manquer de trouver un puissant écho dans toutes les classes de la société, et le résultat ne s'est pas fait attendre. Le nom de M. Pasteur, qui a envoyé une adhésion très cordiale au projet de ses collègues de la Faculté de médecine, se trouve sur la liste des sous-

matières calcaires ou bien à un suc gastrique trop pauvre en acide chlorhydrique. Ces deux dernières hypothèses aboutissent à une même théorie, celle de la *véhiculation excessive des matières calcaires* à travers le tube gastro-intestinal.

Pour les théoriciens d'une autre catégorie, c'est l'apport insuffisant de chaux dans l'organisme par une alimentation incomplète ou défectueuse qui serait la cause essentielle de la maladie. L'étiologie, comme le traitement, devient alors une question de régime, et la place du rachitisme dans le cadre nosologique est à côté des autres *maladies par troubles dans les échanges nutritifs*.

M. Kassowitz a repris l'idée abandonnée par M. Wegner et l'a développée dans le 111e volume du *Zeitschrift fur Klinische Medecine*, sous le titre suivant : *Traitement du rachitisme par le phosphore*.

Pour légitimer la doctrine dont il s'est fait le champion en Allemagne, cet observateur n'a pas cru devoir s'en tenir aux modestes recherches de son compatriote et précurseur. Il en a appelé, d'une part à l'anatomie pathologique, d'autre part à l'histologie normale de l'ostéogenèse et à la médecine expérimentale, frappant ainsi à toutes les portes.

En médecine expérimentale, M. Kassowitz a administré le phosphore aux animaux suivant la méthode de M. Wegner, mais avec des résultats plus complets. Il note qu'à faibles doses le phosphore diminue la résorption interstitielle dans le tissu osseux, ralentit la formation de ses lacunes, et augmente en épaisseur la zone de calcification dans la proportion de 1 à 4. Avec les doses moyennes, l'arrêt de ces phénomènes est complet et la nutrition est stationnaire. Avec des doses élevées, on note les lésions d'une ostéite raréfiante allant jusqu'à la dénudation des surfaces épiphysaires. Il semble donc qu'on puisse provoquer, avec des doses graduées de phosphore, le retard des échanges nutritifs, leur arrêt, et au besoin un processus de régression.

A ces données, utilisables dans la médication du rachitisme, M. Kassowitz ajouta celles de travaux histologiques antérieurs, où il avait établi

---

cripteurs à côté de noms tout à fait étrangers à la science ; et parmi les médecins français nous voyons en très bonne place M. Zambaco (de Constantinople). A la vérité, M. Zambaco est un ancien interne de nos hôpitaux, et nous espérons que son exemple sera suivi par ceux qui, comme lui, ont conservé le souvenir des sympathies qu'ils avaient rencontrées parmi leurs maîtres ou leurs camarades d'études.

Maintenant, aux chefs de laboratoires, aux administrations d'assistance publique d'agir.

Celle de la ville de Paris, la plus importante en somme, paraît animée des meilleures dispositions à cet égard. D'après la *Tribune médicale*, M. le docteur Peyron, « qui se préoccupe de ces questions à la fois avec sa sollicitude d'administrateur et sa compétence de médecin, est en train, en ce moment même, de faire étudier un projet de fondation d'un certain nombre d'établissements destinés à recueillir, dans les meilleures conditions climatériques, les enfants tuberculeux, pour y recevoir les soins appropriés. »

Ce projet, adopté en principe par le conseil de l'Assistance, se propose, avant d'élever des établissements coûteux comme celui de Berck, d'expérimenter plusieurs points de notre littoral maritime et des montagnes, sur lesquels seraient dirigés de petits groupes d'enfants atteints de scrofule ou menacés de phthisie. M. Laborde se demande s'il ne serait pas possible de solidariser ce projet, prêt à entrer dans la pratique, avec l'idée de M. Verneuil, pour le plus grand bien d'une entreprise qui vise, au fond, de part et d'autre, le même but. Nous croyons, en effet, comme notre collègue, que le meilleur

l'influence de la régression des vaisseaux sanguins sur la calcification et de leur multiplication sur la résorption des espaces médullaires. Puis, passant de l'histologie normale à l'anatomie pathologique, il admet encore que le facteur morbide essentiel du rachitisme est une hyperémie inflammatoire de l'os caractérisée par l'excessive vascularisation des divers tissus ostéogènes, périoste, périchondre, cartilage d'ossification, et ayant pour effet l'accélération du courant de filtration, le retard des dépôts calcaires, la régression rapide de l'os et du cartilage.

Voilà une théorie humorale qui, entre autres conséquences, fait déchoir le rachitisme de son rang élevé de maladie générale à celui plus modeste d'affection toute locale. « Tout le mal vient du système vasculaire, écrit « l'un des commentateurs de M. Kassowitz. Qu'on supprime l'excès de « vascularisation, et le rachitisme n'existera plus. Qu'on découvre un mé« dicament assez puissant pour mettre les vaisseaux à la raison, et la gué« rison de la maladie s'ensuivra. »

Cette argumentation un peu simple a déterminé des convictions, fait prescrire le traitement systématique du rachitisme par le phosphore, et acquis à la théorie de Kassowitz des adhérents assez nombreux dans les pays de langue allemande. Hagenbach, Biedert, Unruh, Soltmann, Heubner, Busch, administrent le phosphore aux rachitiques.

Cependant, le succès ne répond pas toujours aux espérances. A Berlin, entre les mains de Klein et d'Ehrenhauss, il n'a pas été plus fréquent qu'avec le traitement classique. Sur une série de quarante et un rachitiques, Henoch enregistra quatre guérisons seulement, vingt et une améliorations, onze cas où les accidents ne se modifièrent pas, et cinq cas où, en dépit du phosphore, le processus morbide continua de s'aggraver.

A Prague, Weiss n'obtint qu'un seul succès sur huit rachitiques. Analogues encore sont les résultats signalés par Baginski : il avait soumis soixante-douze malades à cette médication, et il notait, à l'échéance du traitement, huit fois la guérison, vingt fois l'état stationnaire et quatre fois l'aggravation.

---

moyen d'arriver vite et bien à un résultat utile serait de concentrer toutes les forces morales et physiques, le crédit et l'argent, aussi bien que l'influence légitime dont jouissent, auprès des pouvoirs publics, les promoteurs du projet et ceux qui sont chargés de le mettre à exécution. Si le conseil municipal de Paris, l'assistance publique, et la Faculté de médecine veulent unir leurs efforts, ce qui est facile, nul doute qu'ils n'arrivent à obtenir l'appui du gouvernement, et que l'idée en question, qui en somme touche à la vitalité de l'espèce humaine, ne devienne une affaire d'État. Les programmes des expériences à poursuivre en vue de la solution du problème ne tarderaient pas à être rédigés, et leur réalisation, grâce à un concours si considérable de bonnes volontés, ne serait plus qu'une question de temps.

*
* *

On n'a pas oublié la mort regrettable de l'éminent professeur Panum, arrivée en ma dernier, huit mois à peine après le Congrès de Copenhague, dont il avait été le président. Tous les médecins français qui avaient eu l'honneur et le plaisir d'être admis dans son intimité, pendant leur trop court séjour dans la capitale du Danemark, n'ont pas oublié la bonté, l'affabilité et la grande distinction de cet homme aussi modeste que savant. M. Panum, qui aimait profondément son pays, tenait cependant à ne froisser aucun des étrangers devenus pendant quelques jours ses hôtes, et sut, avec un tact parfait, prouver à tous qu'ils étaient les bienvenus. Nos compatriotes n'ont toutefois pas oublié la manière ingénieuse dont il expliqua sa préférence pour la langue

Voici, enfin, le témoignage plus récent de Théodore Hryndschak; il est d'autant plus décisif qu'il est motivé par des recherches de précision. Dans cinquante-deux cas de rachitisme de grande ou de moyenne gravité, cet observateur usa de la médication de Wegner et de Kassowitz. Vingt-quatre de ces malades suivirent le traitement; chaque semaine on les pesait, on mesurait les périmètres thoraciques et céphaliques, on s'assurait de l'étendue des fontanelles et on notait l'état général. A l'aide de ces éléments, il devenait possible de porter une appréciation motivée sur la valeur de la médication.

Or, la conclusion générale de ces observations est loin d'être favorable au phosphore. Malgré la durée du traitement et l'élimination des principales causes d'erreurs, cet essai n'a pas été encourageant; car M. Hryndschak enregistra cinq fois seulement une amélioration, dix fois l'état stationnaire, sans gain ni perte de poids, sans disparition du spasme laryngé, sans fermeture des sutures, sans diminution de l'étendue des fontanelles, sans développement du système dentaire et sans augmentation des périmètres de la poitrine et de la tête. Ce n'est pas tout : sept fois l'état s'aggrava, et deux fois les malades succombèrent.

En présence de ces résultats, qui ont été publiés dans les *Archiv. für Kinderheilkunde* (Bd VII, Heft 1), l'auteur a condamné la méthode de Wegner, mis en doute l'hypothèse de Kassowitz et déclaré que les succès attribués à l'emploi du phosphore sont l'œuvre de la nature bienfaisante et non pas du médicament.

L'opinion médicale doit-elle être aussi sévère ? Le phosphore n'ayant pas causé d'accidents, et possédant des propriétés modificatrices de la nutrition, il y a lieu, croyons-nous, avec Busch et d'autres auteurs, de mettre à profit ces propriétés, et de connaître les formules sous lesquelles les médecins allemands l'administrent contre le rachitisme.

M. Wegner le prescrit quotidiennement à la dose de deux pilules de 1 milligramme chacune, qu'il formule ainsi : P. — Phosphore : 10 centigrammes; sirop 3 grammes : mêlez et ajoutez : poudre de réglisse : 4 gram-

---

française, dont il se servit dans tous ses discours officiels. « Le latin, dit-il, que tous les savants parlaient autrefois, est bien maintenant tout à fait une langue morte; le danois n'est guère compris au delà de nos petites frontières; j'ai parlé et écrit autrefois l'allemand;..... mais j'ai préféré le français, comme étant le mieux compris de tout le monde. »

Aussi les médecins français doivent-ils être reconnaissants envers M. le professeur Trier, qui a assisté M. Panum au moment de sa dernière et si courte maladie, d'en avoir envoyé la relation à un journal français, la *Revue de médecine*.

M. Panum, âgé de 64 ans, est mort d'une rupture spontanée du cœur, due à une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. A la face antérieure du ventricule gauche existait une fente en H, dont une des branches avait 5 centimètres et l'autre, plus petite, réunie à la première par une fente transversale, avait 15 millimètres. Il existait une thrombose du rameau artériel correspondant au point affecté, thrombose qui avait été précédée d'une altération athéromateuse de la paroi artérielle. Cette thrombose et la dégénérescence consécutive s'étaient manifestées, dans les dernières semaines de la vie, par des accès de dyspnée et d'oppression douloureuse qui avaient fait croire à des attaques d'angine de poitrine.

« La rupture elle-même, dit M. Trier, s'est faite dans les dernières heures, et progressivement à travers la paroi du cœur, de dedans en dehors; pendant la soirée de l'accès, elle a provoqué des douleurs, des nausées et des vomissements, sans cependant être capable de paralyser le muscle cardiaque. La rupture n'ayant pas tout d'abord

mes ; poudre de gomme arabique : 3 grammes ; poudre de gomme : 1 gramme ; P. f. s. a pour 100 pilules.

Kassowitz administre l'huile phosphorée à la dose d'une cuillerée à café par jour ; cette huile est ainsi formulée : P. huile de foie de morue : 100 grammes ; phosphore : 1 gramme ; f. s. a. Chaque cuillerée contient 1/2 milligramme du métalloïde, dose bien inférieure à celle que donne Wegner. La véhiculation du phosphore par l'huile de foie de morue suffit, d'après les adversaires de M. Kassowitz, pour donner raison des guérisons obtenues.

Dans les cas d'intolérance digestive ou de refus de l'huile de foie de morue par les malades, on administre la préparation suivante, à la dose de une ou deux cuillerées à café par jour : P. — huile d'amandes douces ; 70 grammes ; phosphore : 1 gramme ; poudre de sucre : 30 grammes ; éther sulfurique : 20 gouttes ; — ou bien encore cette autre formule : P. — huile d'amandes douces : 30 grammes ; phosphore : 1 gramme ; poudre de gomme arabique et poudre de sucre : *âà* 15 grammes ; eau distillée : 40 grammes.

En terminant, nous sommes conduit à nous demander si la médication phosphorée du rachitisme doit, comme le veulent ses patrons, avoir une place distincte à côté de la médication phosphatée de la même maladie ?

Quelle que soit leur valeur, les phosphates sont entrés dans la pratique usuelle au double titre de modificateurs de la calcification du tissu osseux et de toni-nutritifs. Le phosphore, pour les avocats du système de Wegner et de Kassowitz, est le modérateur de cette même nutrition par l'intermédiaire de l'innervation vaso-motrice. Or, malgré leurs divergences d'opinions, les théoriciens de la pathogénie du rachitisme s'accordent sur un point, l'opportunité des médicaments eutrophiques. C'est dire que la médication phosphatée et la médication phosphorée peuvent conduire à un même but par des voies différentes. En d'autres termes, il semble que, dans le traitement du rachitisme, le phosphore ne mérite ni l'honneur excessif qu'on lui a fait, ni le dédain avec lequel d'autres le condamnent.

Ch. ÉLOY.

---

intéressé toute l'épaisseur de la paroi, l'extravasation du sang n'a pas eu lieu simultanément, comme le démontrait la matité précordiale restée normale. »

***

Les *Annales du cercle médical argentin*, Société savante dont l'*Union médicale* a plusieurs fois entretenu ses lecteurs, et qui mérite tout l'intérêt qu'on doit porter aux jeunes Sociétés qui ont un but si utile, a inséré dans un de ses derniers numéros un article relatif à la Faculté de médecine de Paris, et que nous avons lu avec regret. L'auteur accuse en quelque sorte la Faculté d'avoir dédaigné l'envoi de son journal, et de le lui avoir renvoyé sans même avoir ouvert le paquet.

Il nous a semblé qu'il y avait là quelque malentendu facile à faire cesser. — Renseignements pris, nous avons pu savoir que le Cercle médical argentin avait proposé à la Faculté de faire échange entre ses *Annales* et la collection des thèses de la Faculté ; — que, malgré l'inégalité des termes de cet échange, la Faculté aurait été très heureuse d'envoyer ses thèses à la Société argentine comme elle le fait pour d'autres Sociétés étrangères, mais qu'elle en a été empêchée parce que le nombre des exemplaires exigé de chaque élève suffit tout juste à la répartition faite entre les professeurs, agrégés en exercice, facultés de province, écoles secondaires, militaires et civiles, universités étrangères, et certaines Sociétés savantes inscrites depuis longtemps ; — que pour cette raison, le refus d'échange adressé au Cercle médical argentin a été fait en même temps à d'autres Sociétés analogues, en particulier l'Académie de médecine de Belgique ; —

BIBLIOTHÈQUE

De l'herpétisme, par M. Collin père. — Paris, 1885. Levé.

Cette brochure a pour objet d'attirer l'attention sur des signes physiques que notre confrère attribue à l'herpétisme. Il note d'abord le facies de l'herpétique, facies caractérisé, écrit notre confrère, par la vascularisation des pommettes; ensuite il signale une submatité thoracique en arrière et à droite, ayant son centre vers la partie moyenne et inférieure de l'omoplate. M. Collin avoue, du reste, que ce signe est difficile à reconnaître. Enfin, il constate encore par l'auscultation la diminution, « quelquefois à peine appréciable, du murmure vésiculaire ». Une sorte de « léger voile s'interpose entre l'oreille et le poumon. » Voilà des signes de délicate observation et qui, à coup sûr, ont grand besoin d'une confirmation. — C. L. D.

Contribution a l'étude clinique des applications thérapeutiques de l'antipyrine, par M. le docteur Clemente Ferreira (de Rezende). — Rio-Janeiro, 1885. Lombaerts.

Cette brochure témoigne en faveur des effets antithermiques de l'antipyrine contre la fièvre des tuberculeux, et confirme les travaux de nos compatriotes en montrant la facile tolérance des malades pour ce médicament et l'absence de symptômes adynamiques sous son influence.

M. Ferreira admet surtout son utilité contre les poussées fébriles de tuberculisation, d'inflammation et d'ulcération. A la différence des observateurs qui administrent l'antipyrine sans tenir compte de la cause de la fièvre des tuberculeux, notre savant confrère brésilien s'efforce avec raison de distinguer les indications de chacun de ces processus fébriles si divers. M. Ferreira est un enthousiaste de cet agent médicamenteux, dont cependant il ne méconnaît pas les inconvénients. Ce travail d'observation clinique aura donc place à côté des meilleurs mémoires sur l'antipyrine. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 février 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Boisseau du Rocher, l'inventeur du mégaloscope, repousse la revendication de priorité soulevée par M. G. Trouvé. L'appareil de M. Boisseau du Rocher n'aurait

que la Faculté de médecine de Paris, ne pouvant envoyer la collection de ses thèses au Cercle médical argentin, n'a pas cru, par un sentiment de délicatesse qu'on ne saurait blâmer, devoir accepter ses *Annales*, envoyées à titre d'échange.

On ne peut maintenant obliger les jeunes docteurs à augmenter le chiffre, déjà élevé, des exemplaires de leur thèse déposés à nos facultés; mais il est probable que des mesures ne tarderont pas à être prises dans ce sens, à cause du grand nombre de demandes de ce genre qui ont été adressées à la Faculté de Paris; et nous ne doutons pas qu'alors celle-ci ne s'empresse de faire droit à la proposition qui lui a été faite par le Cercle médical argentin. L'estime que cette Société a manifestée en maintes circonstances pour nos médecins et nos publications, sont autant de titres dont le corps médical français tient toujours compte, indépendamment de la sympathie que nous professons nous-mêmes pour nos confrères américains. En attendant que l'échange officiel ait lieu, nous pouvons assurer nos collègues des *Annales argentines* que leur journal recevrait bon accueil s'il était envoyé régulièrement à la bibliothèque de nos Facultés.

***

Nous venons de recevoir le tome VI de l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque de Washington. Ce volume, qui s'étend de *Heastie* à *Insfeldt*, comprend 7,900 noms d'auteurs, représentant 2,543 volumes et 7,250 brochures; en outre, 14,500 noms d'auteurs d'ouvrages et de brochures séparées, et 35,290 titres d'articles de publications périodiques.

qu'une analogie lointaine avec le polyscope, et sa construction ne reposerait pas sur le même principe. Le litige sera soumis à une commission.

M. Desvignes demande, par lettre, à comparaître devant une commission à laquelle il exposera de nouveaux moyens de direction des aérostats, en même temps qu'il fera la critique des appareils employés à Meudon par les capitaines Krebs et Renard.

M. le Secrétaire perpétuel fait observer que la demande de M. Desvignes n'est pas conforme aux habitudes de l'Académie. Si M. Desvignes a des vues nouvelles sur la navigation aérienne, il peut adresser un mémoire à l'Académie qui l'examinera, et qui, s'il y a lieu, nommera une commission à ce sujet. Dans les cas où la commission aurait besoin d'explications, elle pourra, alors, prier M. Desvignes de venir les lui donner.

MM. Muntz et Aubin adressent les résultats de l'analyse de l'air du cap Horn. La proportion d'oxygène y est sensiblement la même qu'ailleurs, ainsi que celle des autres gaz. Ces messieurs font remarquer que les différences insensibles constatées dans la composition de l'atmosphère, tiennent peut-être à l'insuffisance des méthodes d'analyse. Avec des moyens plus parfaits, les différences pourraient être plus grandes, c'est possible; mais, jusqu'à présent, cela échappe à toute démonstration.

Dans un de nos précédents bulletins, nous avons dit que la veuve du commandant Trèves avait, selon les instructions dernières de son mari, demandé l'ouverture d'un pli cacheté dans lequel était établie la preuve de la matérialité de l'éther. Cette preuve n'ayant point paru convaincante à M. Bertrand, MM. Fizeau et Cornu sont priés de l'examiner et d'en rendre compte à l'Académie.

M. Filhol se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie en remplacement de M. Milne-Edwards.

M. le Président dépose sur le bureau, de la part de M. Gabriel Charmes, un volume intitulé : *Réforme de la marine*. Bien que M. l'amiral Jurien de la Gravière soit cité plusieurs lois au cours de l'ouvrage, il croit devoir faire des réserves à l'égard de certains points traités par l'auteur. Contrairement à l'opinion de M. Charmes, il reste très fermement partisan de l'inscription maritime. Il serait impossible, par exemple, de prendre des laboureurs pour armer les torpilleurs. Il n'est pas d'avis non plus qu'on doive, dès à présent. détruire les cuirassés. Ces navires pourront, longtemps encore, rendre de grands services, quand ce ne serait que pour transporter des troupes en

---

Les principaux articles sont consacrés à la *chaleur animale* (heath); l'*hérédité et les maladies héréditaires ;* l'*hermaphrodisme ;* les *hernies* (85 pages); l'*herpès ;* la *hanche* (Hip-joint) 30 pages; l'*histologie ;* l'*homœopathie ;* la *coqueluche* (Hooping-Cough); les *hôpitaux* (hospitals) 100 pages; l'*humérus ;* l'*hydrocèle ;* l'*hydrocéphale ;* l'*hydronéphrose ;* l'*hydrophobie ;* l'*hygiène* (118 pages); l'*hypochondrie ;* l'*hypnotisme ;* l'*hystérie ;* les *nouveau-nés* (infants); la *grippe* (influenza); les *aliénés* et l'*aliénation* (insane et insanity) 160 pages; etc.

Quant aux qualités de ce volume, aux points de vue de la rédaction et de l'impression, elles n'ont rien à envier à celles des volumes précédents.

L.-H. Petit.

Mixture contre l'inappétence des femmes enceintes. — Forwood.

Racine de colombo pulv.	ãã	15 grammes.
Racine de gingembre pulv.		
Feuilles de séné		4 —
Eau bouillante		475 —

Faites infuser. — Un petit verre avant chaque repas, dans le but de faire cesser le dégoût pour les aliments, qui s'observe souvent chez les femmes enceintes. — N. G.

Afrique. Des expériences doivent être prochainement faites à ce sujet par M. le ministre de la marine. Il faut six années pour construire un cuirassé et le mettre en état de tenir la mer. Ce serait une véritable imprudence que de les détruire avant de savoir si l'on n'en aura pas besoin plus tard. L'Italie vient de dépenser 130 millions pour armer quatre de ces navires.

Sans se laisser effrayer par le projet qu'on prête à nos voisins de race latine d'établir leur suprématie dans la Méditerranée (*imperium maris obtinendum*), il est bon d'être paré à tout événement. Pour la navigation lointaine, on reviendra aux flottilles. Mais, là encore, on rencontre des difficultés considérables. Avec la marine à voiles, on pouvait tenir la mer pendant cinq ou six mois de suite. On n'avait guère besoin d'aborder que pour chercher de l'eau. Avec la marine à vapeur, il est nécessaire de trouver des dépôts de charbon échelonnés convenablement et fortifiés. Or, presque tous les dépôts de charbon dans ces conditions sont aux mains des Anglais, et si, dit en terminant M. l'amiral, l'Académie des sciences pouvait indiquer aux marins le moyen de se passer de charbon, elle rendrait un immense service à notre pays.

L'ordre du jour appelle la nomination, au scrutin, de deux candidats à la chaire de mécanique appliquée, vacante au Conservatoire des arts et métiers par suite du décès de M. Tresca.

L'Académie, au premier tour, désigne en première ligne M. Hirsch par 41 suffrages sur 43 votants; et, au deuxième rang, M. Alfred Tresca par 41 suffrages sur 43 votants.

M. Alphonse Milne-Edwards dépose sur le bureau un travail de M. Armand Sabatier, intitulé : *Morphologie de l'ovaire.*

M. Pasteur, au nom de M. Pichot, dépose un mémoire sur les dédoublements des paratartrates. Ces dédoublements sont dus aux poussières atmosphériques. Lorsqu'on supprime celles-ci, le dédoublement ne se produit pas.

— Rien n'étant plus à l'ordre du jour, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures vingt-cinq minutes. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1886. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père.

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

La correspondance imprimée comprend :

Le *Progrès médical*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéenne*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal des sages-femmes*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, les *Annales des maladies génito-urinaires*, les *Annales médico-chirurgilales;* le tome III, fasc. I, des *Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie;* le tome V de la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique;* le numéro de janvier du *Pacific medical and Surgical Journal de San-Francisco.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Manuel Llovera y Losada, de Madrid, membre correspondant, dans lequelle cet honorable collègue sollicite l'envoi d'un exemplaire du règlement, et renouvelle à la Société l'expression de ses sentiments de profonde sympathie.

M. Rougon, à propos de sa communication de la séance précédente, annonce que le malade dont il avait parlé vit encore et va mieux; c'est ce que peut attester M. Cyr, qui l'a vu et soigné dans ces derniers temps.

M. Perrin : Je demande à ajouter quelques mots à la communication de M. Dubuc sur l'innocuité de l'administration, à un de ses malades, pendant des mois entiers, de l'acide borique à la dose quotidienne de 2 et 3 grammes, et aux réserves que, selon M. Dehenne, il y aurait peut-être lieu de faire sur cette prétendue innocuité, d'après un travail de M. le docteur Johnson, de Stockholm, dont il nous a entretenus.

Cette question de la nocuité ou de l'innocuité de l'acide borique administré à l'intérieur a déjà été longuement étudiée, comme on peut s'en convaincre, en lisant dans le dernier numéro de la *Revue d'hygiène* un compte rendu très complet des travaux dont cette substance a déjà été l'objet, et parmi lesquels figure en première ligne un mémoire très important du professeur Artimini, de Florence, dont M. le docteur Richard, l'auteur de ce compte rendu, reproduit les faits principaux (1).

De nombreuses expériences poursuivies par le docteur Artimini, pendant plus de quinze années, sur toute la série des êtres vivants, commençant par les micro-organismes et finissant par l'homme, lui ont démontré que, pour les bactéries, l'acide borique, à la dose de 2 p. 100, était aseptique, et qu'à celle de 4 p. 100 elle devenait parasiticide; que des mouches de diverses grosseurs, nourries avec des liquides renfermant 1/15e de leur poids d'acide borique, les plus petites seules, mouraient, tandis que toutes, sans exception, consommaient impunément une solution de 1/20e. Des rats, des grenouilles, s'accommodaient fort bien d'un régime à 0,25 p. 100, et des lapins à 1 1/2 p. 100. Des poulets, pendant des années, ont vécu et extraordinairement engraissé avec 0,75 d'acide borique ajouté à leur pâture. Des chiens mis à un semblable régime n'en ont éprouvé aucun dommage dans leur santé.

Ajoutons que Cyon avait déjà fait ingérer à des chiens jusqu'à 12 grammes de biborate de soude, et que des moutons ont pu impunément absorber, chaque jour, jusqu'à 8 grammes d'acide borique, et des veaux jusqu'à 15 et même 30 grammes.

Quant à l'action sur l'économie humaine de l'acide borique, ce qui est ici le point important, le docteur Artimini affirme qu'il a pu, lui et d'autres personnes de sa connaissance, absorber quotidiennement, sans troubles d'aucune sorte de sa santé et pendant plusieurs mois, 3 et 4 grammes d'acide borique. Le docteur Pini, de Milan, a pu également soumettre impunément des tuberculeux à l'usage journalier de 2 grammes d'acide borique auxquels parfois il ajoutait une égale proportion d'acide salicylique. Chez un animal de boucherie, injecté, après l'abatage, à l'aide d'une solution d'acide borotartrique, la viande se serait conservée intacte et parfaitement comestible et quoique exposée à l'air libre. Les personnes qui en ont fait usage n'en ont éprouvé aucun inconvénient.

Mais, comme le dit avec juste raison M. le docteur Richard, à côté de ces observations de l'apôtre sans contredit le plus fervent de l'acide borique, il convient d'enregistrer les opinions dissidentes, celle du docteur Johnson, dont M. Dehenne vous a fait part dans la dernière séance, et que le docteur Richard a soin de rappeler également; celle encore du professeur Forster, d'Amsterdam, qui ne croit pas à l'innocuité de l'usage longtemps prolongé de l'acide borique, notamment en ce qui regarde l'alimentation des enfants au moyen du lait si fréquemment conservé par l'addition de cet acide; il pense que certains troubles digestifs doivent être justement attribués, à cet âge, aux sels dits « de conserve ». Aussi approuve-t-il de tout point la loi de l'empire allemand, en date du 14 mai 1879, qui défend l'emploi du borax et de l'acide borique pour la conservation du lait, alors même que cette loi en tolère l'usage pour les autres substances alimentaires.

En résumé, comme l'affirme M. le docteur Richard, si l'usage *transitoire* de l'acide borique, d'après les faits connus, ne paraît pas susceptible d'altérer la santé, il n'est pas toutefois prouvé encore qu'il en serait de même de son usage *prolongé*. « Le procès, dirons-nous avec lui, a donc besoin d'être revisé et réclame de nouvelles recherches. »

M. Dubuc : Ce que vient de nous dire M. Perrin confirme mon expérience personnelle. Aussi, quand j'ai entendu M. Dehenne nous parler de morts survenues par le fait de l'acide borique, je me suis demandé s'il n'y avait pas eu emploi d'un médicament impur.

M. Dehenne : Je n'ai pas dit que l'acide borique peut donner la mort. J'ai seulement cité un extrait d'un journal suédois dans lequel ces accidents possibles étaient signalés.

(1) *Sull'azione dell' acido borico nell' economia animale*, par le professeur Artimini, de Florence (1885). (*Revue d'hygiène*, numéro de janvier 1886.)

Quant à moi, qui emploie très fréquemment l'acide borique, — il est vrai, en usage externe, — je ne lui ai jamais trouvé aucun inconvénient.

M. Duroziez : L'acide borique passe-t-il dans les urines ?

M. Dubuc : Une seule analyse de l'urine a été faite chez mon malade ; elle renfermait de l'acide borique en très petite quantité.

M. Perrin : Le professeur Forster (d'Amsterdam) a fait des analyses toutes les vingt-quatre heures ; il n'a pas trouvé d'acide borique, mais une plus grande quantité d'acide phosphorique.

PRÉSENTATIONS.

M. Dubuc offre à la Société une brochure intitulée : *Tuberculose de la vessie chez une jeune fille, etc.*

M. Deligny : J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine une étude ayant pour titre : *De la prophylaxie et du traitement de la phthisie pulmonaire par les climats d'altitude.*

Ce travail est basé sur des observations recueillies pendant trois années, dans les villages des montagnes de la Haute-Savoie, à des altitudes diverses. Ces observations concernent surtout des habitants de la montagne qui, ayant émigré vers les grandes villes, sont revenus tuberculeux à leur pays natal.

J'ai observé chez quelques-uns une amélioration notable produite par l'habitat d'altitude, et, chez d'autres, des accidents ou des aggravations produites par ce même habitat. J'ai relaté ces faits, et je me suis attaché surtout à déterminer les conditions dans lesquelles le climat d'altitude est utile ou nuisible pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Dubrisay lit un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Lediberder (de Lorient).

M. Perrin lit un rapport sur la candidature à l'honorariat de M. le docteur Gillette, membre de la Société depuis 1872 et secrétaire général de 1875 à 1878.

Les conclusions favorables de ces deux rapports sont adoptées ; il sera procédé aux votes dans la prochaine séance.

M. Duroziez, au nom d'une Commission composée de MM. Dubuc, Duroziez, Polaillon, Reliquet et Thévenot, auxquels ont été adjoints le président et le secrétaire général, rend compte des dispositions nouvelles qui ont été arrêtées pour le programme du prix Duparcque à décerner en 1887.

Après une longue discussion, à laquelle prennent part la plupart des membres présents, le programme suivant est adopté, après qu'on a voté successivement tous les articles :

Art. 1. — La Société de médecine de Paris, mettant à profit le legs que lui a généreusement fait l'un de ses membres les plus regrettés, constitue un prix qui, sous le nom de prix Duparcque, sera décerné tous les deux ans au meilleur travail *manuscrit*, écrit en langue française, et *inédit*.

Art. 2. — La Société, si elle le juge convenable, se réserve le droit de mettre au concours un sujet déterminé.

Art. 3. — Les membres titulaires et les membres honoraires sont seuls exclus du concours.

Art. 4. — Le concours est ouvert le 1er mars de l'année qui précède celle dans laquelle le prix doit être décerné.

Art. 5. — Les travaux destinés au concours doivent être parvenus au secrétariat, le 1er juin de l'année dans laquelle le prix doit être décerné.

Art. 6. — Dans la première séance qui suit la clôture du concours, la Société nomme, au scrutin secret, une commission composée de cinq membres titulaires, chargée de juger les ouvrages envoyés au concours et de présenter sur eux un rapport général. Ce rapport sera déposé dans la dernière séance de novembre, les conclusions devant être votées au plus tard dans la première séance de décembre.

Art. 7. — Le prix consistera en une somme de 600 francs, plus une médaille d'or de la valeur de 100 francs, portant inscription sur une de ses faces des mots suivants : Société de médecine de Paris, et sur l'autre : Prix Duparcque, le millésime, et les noms du lauréat.

Art. 9. — Dans le cas où le prix n'aurait pas été décerné, la somme sera reversée sur le concours suivant.

Art. 10. — Le prix sera décerné en séance publique le quatrième samedi de décembre.

La Société décide en outre que, pour 1887, elle décernera le prix au meilleur mémoire qui lui aura été envoyé sur un sujet quelconque de pathologie interne.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, PELLIER.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER 1886.

Lundi 1er février. — M. Cassine : Du sarcocèle syphilitique à début inflammatoire et douloureux. (Président, M. Fournier.) — M. Bregeat : Contribution à l'étude des gommes du pénis. (Président, M. Fournier.) — M. Lamoureux : Des appareils en anesthésie chirurgicale. (Président, M. Lannelongue.)

Mardi 2. — M. Filloux : Des ulcérations de l'amygdale. (Président, M. Richet.) — M. Desfosses : Étude médico-légale sur les blessures par revolver. (Président, M. Brouardel.)

Mercredi 3. — M. Hermantier : Tuberculose de la voûte palatine. (Président, M. Trélat.) — M. Delahaye : Du col de l'utérus à la fin de la grossesse. (Président, M. Tarnier.)

Jeudi 4. — Pas de thèses.

Vendredi 5. — M. Broca : Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux (eczéma, syphilis, ecthyma). (Président, M. Verneuil.) — M. Monnier : Introduction à l'étude de la coxalgie ; sur quelques points de physiologie chirurgicale du membre inférieur. (Président, M. Verneuil.)

Samedi 6. — M. Legalcher-Baron : Les manifestations de la goutte sur les organes génitaux. (Président, M. Cornil.) — M. Omont : Excursion aux eaux minérales du Caucase. (Président, M. Proust.) — M. Eugène Deschamps : De la péritonite périhépatique enkystée. (Président, M. Proust.)

Lundi 8. — Pas de thèses.

Mardi 9. — M. Peyronnet de la Fonville : De la névralgie du trijumeau et en particulier de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle. (Président, M. Brouardel.) — M. Pelegry : De l'homicide chez les persécutés. (Président, M. Ball.)

Mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12 et samedi 13. — Pas de thèses.

Lundi 15. — M. Pailhis : Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. (Président, M. Trélat.) — M. Boursier : De la tuberculose de la vessie. (Président, M. Guyon.)

Mardi 16. — Pas de thèses.

Mercredi 17. — M. Guyard : Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes. (Président, M. Lannelongue.) — M. Foubert (Sylvain) : De la splénotomie pour tumeurs de la rate. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 18. — Pas de thèses.

Vendredi. 19. — M. Lermoyez : Étude expérimentale sur la phonation. (Président, M. Béclard.) — M. Poupinel : Des kystes de l'ovaire. Contribution à l'étude de leur génération. (Président, M. Trélat.)

Samedi 20. — M. Manrique : Opération d'Alexander. (Président, M. Duplay.) — M. Soreno : De l'eczéma dans les fièvres éruptives chez les enfants. (Président, M. Grancher.)

Lundi 22 et mardi 23. — Pas de thèses.

Mercredi 24. — M. Bidon : Étude sur le syphilome hypertrophique aigu. (Président,

M. Fournier.) — M. Louge : Le pouls puerpéral physiologique. (Président, M. Tarnier.)

Jeudi 25. — Pas de thèses.

Vendredi 26. — M. Langle : De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques (lésions de la volonté des auteurs.) (Président, M. Charcot.) — M. Danson : De la conduite à tenir à l'égard des vaisseaux dans l'extirpation des tumeurs du pli de l'aine. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 27. — M. Drevet : Contribution à l'étude du pronostic de la présentation de la face; statistique de la clinique d'accouchements 1852-1886. (Président, M. Peter.) — M. Chisloup : De la paralysie cardio-pulmonaire dans la diphthérite. (Président, M. Grancher.)

COURRIER

La proposition suivante a été déposée sur le bureau du Conseil municipal dans la dernière séance :

« En attendant qu'un service pharmaceutique municipal puisse être institué, un service pharmaceutique gratuit sera organisé à bref délai. Le médecin requis pour une visite de nuit réglera son ordonnance sur une feuille qui lui sera fournie par la Préfecture de police, et les médicaments prescrits seront délivrés gratuitement par les maisons de secours du Bureau de bienfaisance ou par les pharmaciens de la ville, au tarif du bureau, dans le cas où ces médicaments ne feraient point partie du *Formulaire* de l'Assistance publique. »

Ecole de médecine de Tours. — M. Herpin (Octave), suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

M. Sainton, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Duclos, appelé à d'autres fonctions.

M. Thomas (Louis), professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Herpin, nommé professeur honoraire.

M. Duclos, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Charcellay, nommé professeur honoraire.

— M. le professeur Morière est nommé, pour trois ans, doyen de la Faculté des sciences de Caen.

— Le concours Vulfranc-Gerdy, ouvert à l'Académie de médecine pour deux places de stagiaire eaux minérales, est terminé. Le jury était composé de MM. Béclard, Bourgoin, Empis, Jules Lefort, Constantin Paul et Planchon. Deux candidats se sont présentés. M. Boutarel, étudiant en médecine, attaché à l'hôpital civil de Versailles a seul été nommé stagiaire, pour quatre années, aux eaux minérales.

— Le Conseil municipal de la ville de Marseille vient de voter une somme de 30,000 francs destinée aux mesures de précaution contre l'épidémie de variole qui sévit actuellement dans cette ville.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Bagnéris, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale, en remplacement de M. Dumont.

Le Vin Durand est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif, ni purgatif, détruise la constipation. C'est le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs.

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 : Hystérectomie vaginale. — II. Rôle du foie vis-à-vis des poisons. — III. Bibliothèque : Des maladies simples du poumon. — IV. Revue des Journaux : L'action physiologique de l'antipyrine sur l'organisme comparée à celle de la kaïrine. — Arthrite suppurée dans la période aiguë de l'uréthrite avec terminaison mortelle. — V. Thérapeutique : Hygiène de l'enfance. — Des savons médicamenteux. — VI. Sociétés médicales des départements : Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne (2e sem. 1885). — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

Hystérectomie vaginale

Par L.-G. Richelot (1).

Messieurs,

Depuis quelques mois, la Société de chirurgie a eu connaissance de plusieurs cas d'hystérectomies vaginales (ablation totale de l'utérus par le vagin), pratiquées pour des cancers de l'utérus par nos collègues MM. Tillaux, Terrier, Trélat, Gillette et Le Dentu. A mon tour, je vous apporte une observation nouvelle.

Herminie R..., 35 ans, est entrée à l'hôpital Bichat le 1er août 1885, pour un épithélioma du col utérin.

Les antécédents de cette malade se résument en quelques mots : fièvre typhoïde à 8 ou 9 ans; réglée à 14 ans; mariée à 20 ans; deux grossesses.

La santé s'altère depuis trois ans environ; douleurs dans le ventre et dans les reins; l'appétit et les forces diminuent. Dans les premiers jours de février 1885, première métrorrhagie durant toute la nuit; seconde perte huit jours après. Le 15 février, elle entre à l'hôpital de Lagny (Seine-et-Marne), et subit, le 26 mars, l'amputation partielle du col utérin. Elle sort le 26 avril et, pendant trois mois, va se faire panser à l'hôpital une ou deux fois par semaine. Vers le 24 mai commencent de nouvelles pertes, jaunâtres et de mauvaise odeur; puis, à partir du 1er juillet, les pertes rousses alternent avec de vraies métrorrhagies.

Lorsqu'elle entre à l'hôpital Bichat, l'examen démontre un épithélioma végétant du col utérin, dont la limite supérieure ne peut être déterminée, et pour lequel une nouvelle amputation du col semble insuffisante. L'utérus est mobile, le vagin et les ligaments larges sont indemnes. La santé générale étant bien conservée, l'intervention radicale paraît absolument légitime. Injections de sublimé deux fois par jour, en attendant l'opération.

Avec l'aide de mes amis, MM. Paul Berger et Landowski, je pratique, le 8 août, l'hystérectomie vaginale. L'anesthésie est faite par M. Poupinel, interne du service.

Après une large irrigation antiseptique, le col est saisi avec deux pinces de Museux et l'utérus facilement abaissé. Incision du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie à l'aide d'un instrument mousse, ouverture du péritoine au fond de la plaie par le bistouri, puis agrandissement de l'ouverture avec les doigts, tout marche régulièrement, comme dans les observations de MM. Tillaux et Terrier. Même manœuvre en arrière, pour inciser le cul-de-sac postérieur et séparer l'utérus du rectum. Alors, l'index de ma main gauche accroche le bord supérieur du ligament large du côté droit et cherche à faire basculer le fond de l'utérus en avant. Ce mouve-

(1) Société de chirurgie, 11 novembre 1885.

ment n'étant pas possible, je prends la résolution d'attaquer par le bord inférieur. A l'aide d'une aiguille courbe, je passe successivement deux fils de soie simples, dont l'un embrasse la moitié supérieure, et l'autre la moitié inférieure du ligament large. M. Berger serre vigoureusement chacun de ces deux fils. Cependant, n'ayant qu'une confiance limitée dans la striction ainsi produite, nous plaçons encore deux fils doubles, et M. Berger les serre de toute sa force. La manœuvre a été fort pénible et nous a demandé beaucoup de temps.

Couper au ras de l'utérus, attirer celui-ci au dehors, et placer des fils sur le second ligament large, ces divers temps ne sont plus rien, pour ainsi dire. Je lie en quatre faisceaux le ligament que j'ai sous les yeux, et l'utérus est complètement séparé. Mais aussitôt je vois couler du sang, parce qu'un des quatre fils n'a pas été bien serré; il me faut prendre encore six vaisseaux avec des pinces et placer six nouveaux fils de soie. C'est alors seulement que je me décide à couper au ras tous les fils et à laisser les deux ligaments se retirer dans l'abdomen.

J'essuie doucement la plaie avec des éponges trempées dans le bichlorure, je place au fond du vagin un point de suture adossant la séreuse, de chaque côté un tube à drainage, enfin quelques tampons de gaze iodoformée; un pansement de Lister couvre la région. L'opération a duré plus d'une heure et demie.

Vomissements dans la journée, deux piqûres de morphine. — T. 38°3; p. 106.

Le 9 août, les vomissements continuent; il n'y a ni ballonnement ni douleur; piqûre de morphine. — T. m. 38°; p. 118. — T. s. 38°8; p. 118.

Le 10, toujours quelques vomissements; la malade est abattue et se plaint. Le soir, les vomissements ont cessé après l'ingestion de trois cuillerées d'une solution de morphine au millième. — T. m. 38°6; p. 114. — T. s, 39°4; p. 114.

Le 11, j'enlève les tampons iodoformés et les tubes, qui donnent depuis le début un suintement sanieux; je fais une irrigation vaginale très douce avec le sublimé, et je replace dans le vagin un peu de gaze iodoformée. — T. m. 39°4; p. 114.

La malade n'a plus de vomissements, mais l'abdomen est très douloureux. Le soir, la température monte à 40°4, et la mort arrive à neuf heures et demie.

L'autopsie, faite le 13 août, nous montre une péritonite généralisée; tous les intestins sont rouges, congestionnés, légèrement adhérents. Dans le petit bassin, nous trouvons un grand verre de liquide épais, brun rougeâtre, mélange de pus et de sang. Le ligament large du côté droit est enveloppé de caillots, qui adhèrent à la surface de section; les fils de soie l'entourent mollement sans l'étreindre. Du côté gauche, au contraire, les fils sont bien serrés.

Cette observation, Messieurs, est la huitième qui vous est présentée depuis le mois de juin 1885. Elle termine une série où se comptent des succès et des revers.

La malade de M. Tillaux et celle de M. Trélat ont guéri. Sur les deux opérées de M. Terrier, l'une a guéri et l'autre a succombé. M. Gillette, sur deux cas également, a eu les mêmes résultats. Enfin, l'opération de

©BIU Santé

M. Le Dentu et la mienne se sont terminées fatalement. Total : quatre guérisons, quatre morts.

Je ne rappelle pas les observations de MM. Demons, Dudon, Mandillon, Bœckel, ni celles qui nous viennent de l'étranger. Mon but est seulement d'attirer votre attention sur un point qui me paraît essentiel.

Je suis de ceux qui pensent que l'hystérectomie vaginale est une excellente opération, destinée, dans un avenir prochain, à donner à la plupart des malades une survie prolongée, exempte de douleurs, d'opérations successives et de traitements palliatifs péniblement supportés. Mais, pour atteindre ce but, que les derniers faits nous permettent seulement d'entrevoir, il faut d'abord chercher les causes qui rendent l'opération si grave en certains cas, et finiraient par nous rendre plus timides si nous ne pouvions les écarter.

Les deux malades de MM. Le Dentu et Gillette ont succombé au collapsus, au « choc opératoire » ; celle de M. Terrier et la mienne sont mortes de péritonite, mais celle-ci était causée par une hémorrhagie pelvienne, dont la source était le ligament large du côté droit mal serré par les ligatures. Je puis cependant vous affirmer que, chez mon opérée, les fils ont été placés avec le plus grand soin, et serrés avec une conscience et une vigueur peu communes par mon collègue Berger qui m'assistait. Mais ce temps de l'opération est extrêmement difficile ; c'est la pierre d'achoppement de l'hystérectomie vaginale ; c'est la grosse difficulté qui entraîne deux conséquences également fâcheuses : la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorrhagie.

Tous les auteurs ont cherché à simplifier la ligature du premier ligament large ; on a tout proposé, même de ne pas le lier du tout. Néanmoins, nous ne sommes pas encore très avancés.

Quand on dépouille les statistiques, on trouve notés, comme causes de mort, la péritonite, l'hémorrhagie et le collapsus. D'après ce qui nous est arrivé, à mon collègue Terrier et à moi, j'ai lieu de croire qu'un bon nombre de péritonites, signalées sans autre commentaire, étaient dues à l'hémorrhagie pelvienne. Quelle que soit, d'ailleurs, la fréquence de l'hémorrhagie, tout procédé qui simplifiera le traitement des ligaments larges tendra du même coup à éloigner les autres causes de mort, en diminuant la durée et la violence des manœuvres. Tout se résume donc à trouver un moyen qui atteigne ce double but : 1° assurer l'hémostase ; 2° abréger la durée de l'opération.

Or, ce moyen existe, il est entre nos mains : je veux parler des pinces longues à pression continue. Je crois que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges pendant vingt-quatre heures, nous dispenseront des ligatures et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée.

Et d'abord, l'opération durera une demi-heure au lieu d'une heure et demie ; car c'est l'attaque du premier ligament qui prolonge indéfiniment les manœuvres. On arrive assez vite à isoler l'utérus et à saisir le ligament. Or, une fois saisi avec les doigts, rien n'est plus facile que de le mordre avec la pince longue. Après la section au ras de l'utérus et l'extraction hors du vagin, il est encore plus simple de mordre le second. Le péritoine pelvien ne sera plus offensé par l'introduction pénible et réitérée des aiguilles et des doigts. N'est-il pas important, ici comme dans l'ovariotomie, de refermer vite le péritoine et d'y fourrager le moins possible?

En second lieu, l'hémostase est assurée, car la pression des pinces pendant vingt-quatre heures suffit à oblitérer définitivement des artères même volumineuses. Il m'est arrivé plusieurs fois d'extirper des cancers du rectum remontant très haut, sans autre outillage que les ciseaux courbes et les pinces à pression, que je laissais jusqu'au lendemain; l'opération, si longue et si pénible quand on enlève une longue portion d'intestin avec les instruments dits hémostatiques, se fait ainsi très rapidement et en toute sécurité.

Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient qui puisse compenser les avantages des pinces longues substituées aux ligatures. Les tissus comprimés par la pince se comporteront sans doute comme les tissus étranglés par le fil ; le séjour indéfini de plusieurs gros fils de soie dans la cavité pelvienne sera évité, non sans profit. Les pinces rempliront l'office de drains pendant vingt-quatre heures, et entre elles deux nous suturerons la plaie vaginale comme nous l'avons fait jusqu'ici. Le lendemain, elles seront enlevées sans violence, et presque sans déranger la malade ; à chacune sera substitué un tube en caoutchouc, car le drainage, dont la valeur a été contestée, me paraît utile pendant les premiers jours.

En résumé, Messieurs, je ne crois pas me faire illusion en disant que la suppression du temps le plus difficile de l'hystérectomie vaginale constituera un véritable progrès, puisqu'elle abrègera la durée de l'opération, diminuera la violence des manœuvres et préviendra sûrement l'hémorrhagie. Le procédé que je vous propose, et que j'emploierai 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 nous donnera, j'espère, de beaux succès.

Février 1886. — Depuis que j'ai présenté cette note à la Société de chirurgie, quatre nouveaux faits ont été produits : Terrier, séance du 6 janvier 1886; Pozzi, séance du 10 février (deux observations); Marchand, séance du 24 février. La malade de M. Terrier, celle de M. Marchand, une de M. Pozzi ont guéri. Le total des observations parisiennes est donc aujourd'hui de 13 cas, 8 guérisons opératoires et 5 morts ; la statistique s'améliore en devenant plus nombreuse.

En terminant sa dernière communication (6 janvier), M. Terrier nous a donné des nouvelles de sa première opérée du 5 juin 1885 ; elle se porte à merveille et a repris des forces et de l'embonpoint. Au contraire, M. Tillaux nous a raconté la récidive prompte et la mort de celle qu'il avait opérée à la même époque ; il s'est montré quelque peu refroidi à l'endroit de l'hystérectomie vaginale, et disposé à lui préférer l'amputation sus-vaginale du col. La raison de notre collègue est aisée à comprendre : il penche vers l'intervention la moins grave, celle qui n'ouvre pas le péritoine, si la plus grave des deux ne met pas mieux à l'abri de la récidive. Mais la question est précisément de savoir si l'intervention la plus large celle qui ne laisse pas après elle un moignon d'utérus peut-être envahi ou bon pour la récidive, ne doit pas, dans la grande majorité des cas, être la plus efficace. La question est aussi de savoir si l'ablation totale perfectionnée restera aussi grave qu'elle nous paraît l'être aujourd'hui.

Je ne m'arrête pas davantage sur les indications et la valeur de l'hystérectomie vaginale, question qu'on ne saurait traiter incidemment; mais je veux attirer l'attention sur le manuel opératoire que suivit mon collègue

Terrier dans son dernier fait. A cause de l'étroitesse de la vulve et de l'impossibilité d'abaisser l'utérus, l'opération fut longue (deux heures un quart) et très difficile. Le fil supérieur posé sur le premier ligament lâcha prise, et, après avoir cherché vainement à saisir et à lier les vaisseaux qui donnaient, M. Terrier se vit contraint de laisser à demeure deux pinces hémostatiques ordinaires. Le lendemain matin, elles furent détachées doucement; l'hémostase était faite et aucun incident n'entrava la guérison. Ainsi, M. Terrier avait fait, en quelque sorte malgré lui, l'expérience des pinces; mais seulement dans une certaine mesure, car ce n'étaient pas encore les pinces longues laissées de parti pris sur les deux ligaments. Quoi qu'il en soit, l'expérience est encourageante; et je n'hésite pas à faire remarquer combien l'opération de M. Terrier, particulièrement difficile, eût été abrégée par la suppression des ligatures. Il est vrai que la malade a parfaitement guéri, malgré le traumatisme énorme et prolongé qu'elle a dû subir; mais toutes nos cancéreuses n'ont pas la même force de résistance, la même tolérance péritonéale, et plusieurs ont succombé au collapsus, peu d'heures après l'intervention.

La malade guérie de M. Pozzi (10 février) a été compromise par une hémorrhagie secondaire considérable au bout de six heures. Pendant une semaine, il y eut « un écoulement fétide de sang décomposé ». Cette hémorrhagie venait, à n'en pas douter, de l'insuffisance des ligatures, et ressemble de tous points à celle qui a provoqué la péritonite et la mort chez la seconde malade de M. Terrier et chez la mienne; seulement, l'opérée de M. Pozzi a eu plus de chance. Au demeurant, c'est encore un fait qui nous montre combien les ligatures sont précaires, et je m'appuie sur lui, aussi bien que sur les deux autres, pour conclure à l'emploi des pinces longues.

Rôle du foie vis-à-vis des poisons.

M. G.-H. Roger, interne des hôpitaux, préparateur du cours de pathologie générale, a lu à la *Société de biologie* (13 février 1886) une communication intéressante sur ce sujet.

1° Les expériences qu'il a faites sur des grenouilles, des chiens et des lapins, confirment les faits avancés par Schiff. — Le foie arrête ou transforme les alcaloïdes végétaux : nicotine, cicutine, strychnine, vératrine, caféine.

Par exemple, pour tuer 1 kilogr. de lapin, il faut 7 milligr. de nicotine introduite par les veines de l'oreille, et 14 par les veines mésaraïques. (Ceci explique peut-être la différence d'action des alcaloïdes pris par l'estomac ou introduits par la méthode hypodermique.)

2° On obtient les mêmes résultats avec les extraits alcooliques provenant des matières intestinales ou de viandes pourries. Dans ces extraits, on s'est débarrassé des sels potassiques, car le foie n'agit pas sur eux et ils possèdent une toxicité propre qui fausserait les résultats de l'expérience.

3° Le sang de la veine porte, pris sur le chien et injecté au lapin, est plus toxique que le sang de la veine sus-hépatique ou des veines périphériques.

Toxicité	sang veineux (crurale ou jugulaire).	24 à 26	c. c. par kilogr.
—	sang porte.....	10 à 11	—
—	v. sus-hépatique.....	22	—

La plus grande partie des substances toxiques contenues dans le sang à l'état physiologique provient des fermentations intestinales : après qu'on a opéré l'antisepsie intestinale, la toxicité n'est plus que de 21 à 23 c. c.

4° La fonction du foie vis-à-vis des poisons disparaît quand la glande ne contient plus de glycogène : ainsi, dans la stéatose phosphorée, après ligature du canal cholédoque, dans la broncho-pneumonie expérimentale, après section des pneumogastriques au cou, etc.

L'embryologie montre de même que le foie n'agit sur les poisons qu'à partir du moment où il renferme du glycogène (deuxième moitié de la gestation).

Quant au rapport qui existe entre les deux fonctions, on ne doit y voir qu'une simple coexistence : la fonction glycogénique est le témoin de l'activité des cellules hépatiques. Elle indique que le foie, qui peut transformer diverses substances en glycogène, peut aussi transformer les alcaloïdes en substances moins toxiques.

BIBLIOTHÈQUE

DES MALADIES SIMPLES DU POUMON, par M. le professeur G. SÉE. — Delahaye et Lecrosnier; 1886.

La publication du traité de médecine clinique entrepris par M. le professeur G. Sée en collaboration avec M. le docteur Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux, se continue par un volume sur les *Maladies simples du poumon*. Ce titre n'est pas sans causer quelque étonnement au premier abord, mais on se l'explique par le souvenir de ceux que portaient les deux précédents volumes (*Phthisie bacillaire des poumons* et *Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*).

Plus d'un lecteur éprouvera aussi une certaine surprise en constatant que la moitié du livre est consacrée aux asthmes, au sujet desquels M. Sée a adopté une classification particulière : asthme du type pneumo-bulbaire, asthme alvéolaire ou emphysémateux, asthme bronchitique ou catarrhal et auxquels font suite les pseudo-asthmes cardiaque, albuminurique, etc. Cette classification, qui peut avoir ses avantages, sera plus facilement comprise du public que des médecins; car elle rapproche le mot asthme de son sens vulgaire en le faisant presque synonyme de dyspnée. Elle a le mérite, il est vrai, de mettre en évidence le rôle prépondérant du centre bulbaire dans la souffrance qu'éprouvent les dyspnéiques, quelle que soit la cause première de leur dyspnée, influence nerveuse réflexe, encombrement bronchique, diminution de la surface respiratoire où se font les échanges entre l'air et le sang, intoxication du sang, etc.

L'auteur expose d'ailleurs en ces termes sa manière de grouper les faits : « Les névroses du nerf vague et de son centre bulbaire comprendront quatre chapitres : 1° le premier est consacré à la névrose que nous proposons d'appeler pneumobulbaire; c'est l'asthme nerveux; 2° le deuxième a trait à l'emphysème qui, à tous ses degrés, fait partie intégrante de l'asthme nerveux, et par son développement excessif constituera l'asthme emphysémateux ou alvéolaire; 3° le troisième chapitre nous montre le catarrhe bronchique à l'état rudimentaire dans les asthmes nerveux les plus purs, à l'état prédominant dans l'asthme bronchique, lequel servira de transition ou d'introduction aux bronchites chroniques primordiales et indépendantes du système nerveux. Un quatrième chapitre sera réservé à l'analyse des dyspnées asthmatiformes, qui présentent la plus grande analogie avec l'asthme vago-bulbaire; c'est toute la série si importante des divers asthmes cardiaque, urémique, hystérique. »

Si l'unité de composition fait quelque peu défaut dans cette histoire des asthmes et faux asthmes, il faut reconnaître qu'elle est racontée par l'auteur avec une verve du meilleur aloi; il semble que le maître, au couchant de sa carrière, se sente rajeuni en visitant de nouveau un domaine qu'il avait si brillamment exploré dans sa jeunesse. Cet entrain juvénile se traduit même par quelques pointes d'une vivacité... parlementaire contre ceux qui se sont attaqués à son œuvre, à la nature rhumatismale de la chorée, par exemple.

Les digressions sont nombreuses, et M. Sée n'a pas laissé échapper les occasions de dire son avis, à propos des bronchites chroniques, sur une foule de questions doctrinales qu'il effleure en passant, non sans décocher des critiques à droite et à gauche.

On n'accusera pas toujours M. G. Sée d'être hostile aux idées les plus avancées de la

nosologie contemporaine. Protestant contre l'opinion de Pidoux et de G. de Mussy sur la nature de l'arthritisme envisagé comme le tronc commun du rhumatisme et de la goutte, M. Sée admet, comme « à peu près démontré, que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie infectieuse qui se manifeste dans l'enfance ou l'adolescence, et n'empêche pas les rhumatisants de devenir goutteux dans l'âge adulte. » Il renvoie donc le rhumatisme à la microbiologie, pour laquelle d'ailleurs il ne se défend pas d'une tendresse qui doit paraître assez criminelle à M. Peter.

Cette tendresse le rend peut-être sévère pour les généreuses ambitions des pathologistes de ces trentes dernières années. « On a voulu, dit-il, voir et juger de haut ; au nom des doctrines transcendantes on a dédaigné les maladies locales, qui ont disparu successivement du cadre nosologique ; le moment est venu de les y réintégrer et cela au nom de la vérité clinique, de les distinguer des maladies générales, et cela au nom des découvertes modernes de la microbiologie ; il est temps de mettre fin à ces discussions scolastiques, à ces regrettables confusions qui sont sur le point de gagner la jeune génération. »

L'étude des congestions, embolies et apoplexies pulmonaires, des pneumonies chroniques, des pleurésies (en collaboration avec M. Talamon) et des pneumothorax (en collaboration avec M. A. Mathieu, qui a mis au service de son maître une érudition et une clarté d'exposition dès longtemps appréciée) — constituent la deuxième moitié de ce *Traité des Maladies simples du poumon,* dont la lecture est agréable à cause de l'allure aisée du style, et profitable, qu'on accepte ou non les idées de l'auteur, par la quantité des faits et des aperçus qu'il soulève. — Paul Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

L'action physiologique de l'antipyrine sur l'organisme comparée à celle de la kaïrine; Pavlinow. (*Wratch*, 37, 1885.) — L'antipyrine et la kaïrine appartiennent à un même groupe d'alcaloïdes. Au point de vue chimique, la kaïrine est une substance facilement oxydable au contact de l'air. Ses solutions changent de couleur à l'air libre, tandis que les solutions d'antipyrine dans les mêmes conditions restent inaltérables pendant des semaines. L'acide nitrique colore les solutions de kaïrine en rouge foncé, tandis que sur les solutions d'antipyrine ce réactif ne produit aucun effet.

Sous l'influence de la kaïrine, le sang prend une coloration rouge foncé, et, de plus, ce sang donne au spectroscope des bandes de méthémoglobine. Avec l'antipyrine, on n'observe aucun changement dans le sang, et les bandes qu'il donne au spectroscope sont celles d'oxyhémoglobine ordinaire. La même différence s'observe quand on injecte ces deux substances dans les veines. Les globules rouges du sang ne changent ni de forme ni de couleur sous l'influence de l'antipyrine, ce qui n'arrive pas avec la kaïrine. Quant à la tension sanguine, elle augmente sous l'influence de l'antipyrine, phénomène contraire à ce qu'on observe avec la kaïrine. Le pouls ne présente ni irrégularités ni fréquence dans le premier cas ; au contraire, il éprouve un certain ralentissement, et son rhythme devient plus régulier sous l'influence de l'antipyrine.

Le nombre de respirations augmente notablement après l'antipyrine, mais le type de respirations ne change pas. On n'observe pas, comme avec la kaïrine, la respiration saccadée.

Sous l'influence de la kaïrine, l'excitation du nerf vague, à l'aide de l'électricité, produit une amplitude dans le pouls, ce qu'on retrouve à peine par l'antipyrine. Cette différence prouve que la kaïrine paralyse pour ainsi dire le muscle cardiaque, tandis que l'antipyrine n'agit que sur le nerf vague.

La sécrétion salivaire augmente dans l'un et dans l'autre cas. L'action des deux corps sur le pancréas est nulle. La sécrétion biliaire augmente sous l'influence de la kaïrine,

et la bile devient noire. Avec l'antipyrine, rien de semblable. La sécrétion de l'urine, dans les deux cas, ne change pas. On retrouve facilement l'antipyrine dans les urines. L'antipyrine ne paralyse pas, comme la kaïrine, les terminaisons des nerfs moteurs dans les muscles de la grenouille, mais les réflexes sont exagérés. L'abaissement de la température est de 0,5 à 2°,0 centigrades. En général, cet abaissement est d'autant plus grand que les intervalles entre chaque administration de la substance sont moins longs.

L'abaissement de température, sous l'influence de la kaïrine, tient à ce que cette dernière emprunte de l'oxygène au sang. Cette théorie n'est nullement applicable à l'antipyrine vu son action pour ainsi dire nulle sur le sang, quoiqu'elle amène une suractivité notable dans la fonction cardiaque. Toutes ces propriétés de l'antipyrine permettent de l'employer sans danger toutes les fois qu'un abaissement brusque de température est pour ainsi dire urgent.

Arthrite suppurée dans la période aiguë de l'uréthrite avec terminaison mortelle. — Un soldat de 25 ans, le cinquième ou le sixième jour après l'apparition de l'uréthrite, ressentit une douleur dans les articulations, d'abord dans celle du coude gauche, puis dans l'épaule et enfin dans l'articulation du coude droit. L'état général devint bientôt typhique.

Dès le cinquième jour apparurent des symptômes de suppuration dans le coude gauche. On supposa un rhumatisme aigu, mais le salicylate de soude resta sans effet sur la marche de la suppuration. Dès le dix-huitième jour, la septicémie devient incontestable et le malade mourut treize jours après, emporté par la fièvre hectique.

Cinq jours avant la mort, le pus se fit jour au niveau de l'épitrochlée gauche.

A l'autopsie on trouva les trois articulations malades remplies du pus.

L'examen microscopique du pus, pris dans l'articulation du coude, décela des gonococus de Neisser comme dans le pus uréthral. (*Wratch*, 36, 1885.) — Winocouroff.

THÉRAPEUTIQUE

Hygiène de l'enfance.

Au moment où l'on se préoccupe du défaut d'accroissement de la population en France, toutes les questions qui ont trait à l'hygiène des enfants sont à l'ordre du jour. Produire beaucoup d'enfants n'est qu'un des côtés de la question; faire vivre ceux qui sont nés dans de mauvaises conditions, les fortifier et en faire des hommes robustes, c'est là un problème qui n'a pas moins d'importance.

Nous savons tous que le phosphate de chaux est la partie constituante par excellence de la charpente humaine; nos aliments, et particulièrement le lait, les fécules, la chair musculaire nous en fournissent à l'état adulte une quantité suffisante. Mais, dans l'enfance, à l'époque où le développement est rapide, quand il est si nécessaire que le tissu osseux se consolide et offre aux muscles des points d'attache résistants, il arrive fréquemment que, sous l'influence de causes diverses, et notamment d'une alimentation incomplète, l'organisme pert une partie du phosphate de chaux qu'il devrait conserver. Le problème consiste donc à remédier à cette déperdition et à fixer dans le tissu osseux les phosphates qui feront sa solidité.

Pour y parvenir, on peut agir sur l'enfant directement en lui faisant consommer le phosphate, on indirectement, en le faisant consommer à la mère ou à la nourrice. Mais ici nous rencontrons une difficulté qui se présente si fréquemment dans la thérapeutique. Il faut que nous trouvions des phosphates assimilables, car si le phosphate de chaux traverse le tube digestif comme une poudre inerte, il apporte à l'estomac et aux intestins une fatigue absolument inutile; il faut qu'il soit digéré. Or, à l'état brute, le phosphate de chaux n'est pas assimilable.

M. Falières a résolu le problème en composant un produit qu'il a appelé la *phosphatine*. La phosphatine Falières est la combinaison du phosphate de chaux (*Phosphate bicalcique*) pur assimilable associé aux meilleurs aliments pulvérulents; elle constitue un

aliment complet, et peut à ce titre être prescrite dans tous les cas où il y a lieu de remédier à la déperdition des forces. C'est ainsi qu'elle combat avec avantage la faiblesse résultant souvent de la grossesse, qu'au moment du sevrage, elle facilite la transition entre la nourriture par la mère et l'alimentation plus solide qui lui succède. Son emploi ne saurait présenter aucun inconvénient, car elle ne renferme dans sa composition aucune substance qui ne fasse partie de l'alimentation courante; elle a simplement le mérite d'ajouter à cette alimentation le phosphate de chaux qui, trop souvent, ne s'y trouve pas en quantité suffisante.

L'emploi de la phosphatine est d'ailleurs extrêmement facile; on la mêle au lait, au bouillon et, grâce à son goût agréable, elle excite l'appétit. Elle est d'une digestion très facile et n'exige aucun changement dans la nourriture ordinaire; elle intervient comme supplément à l'insuffisance de cette nourriture.

Nous n'hésitons donc pas à la recommander comme le meilleur fortifiant que l'on puisse fournir aux enfants débilités, et même aux adultes dont la maladie a diminué les forces.

Dr Combes.

Des savons médicamenteux.

A plusieurs reprises, les maîtres de la thérapeutique ont recommandé la forme savonneuse, comme pouvant offrir un double avantage : 1° par action topique, pour produire une série très variée d'effets localisés; 2° pour favoriser l'absorption par la peau d'un certain nombre de médicaments très actifs, sans porter atteinte à l'intégrité des voies digestives.

Malheureusement, la plupart des savons offerts jusqu'à ce jour n'avaient de médicamenteux que le nom. Les meilleurs ne contenaient la substance médicamenteuse que sous une forme inerte, à l'état de sel par exemple, ou mal définie par suite des réactions chimiques secondaires provenant de pâtes insuffisamment neutralisées.

L'absorption cutanée, dont les conditions physiologiques n'ont été précisées que depuis peu d'années, est essentiellement une sorte de *respiration*, puisque les glandes de la sueur ne livrent passage qu'aux substances volatiles ou volatilisables. Si la forme savonneuse est préférable à toute autre pour émulsionner l'enduit sébacé qui s'opposerait au contact intime du médicament, il est non moins nécessaire que la substance incorporée soit maintenue dans le savon à l'état simple, volatil, métallique par exemple, s'il s'agit du mercure.

La fabrication de savons véritablement médicamenteux comportait donc la solution préalable de difficultés nombreuses, d'ordre industriel (fabrication des pâtes neutres), chimique et pharmaceutique (association des substances actives), sans compter la nécessité de vérifier longuement, par l'expérimentation clinique, la valeur curative des produits. Préparé par la diversité de ses études antérieures, le docteur Combret a pu les résoudre, d'une façon définitive, après plusieurs années de recherches délicates et coûteuses.

La gamme des nouveaux savons que notre confrère se détermine à soumettre au jugement du public médical, comprend actuellement : un savon napolitain (mercuriel), un savon iodé, un savon balsamo-sulfureux, et enfin un savon au goudron.

Indiquons rapidement leurs principaux caractères.

I. — Le *savon napolitain* (comme l'onguent du même nom), contient le mercure métallique pur, sans oxyde, éteint d'une manière analogue. Dans une dissertation inaugurale (1) présentée dès 1882 à la Faculté de médecine, le docteur Combret a fait connaître à la fois sa composition, les règles qui doivent présider à sa fabrication, et les importants succès thérapeutiques obtenus grâce à son emploi dans la curation des manifestations les plus graves de la syphilis. Cette invention, très réelle et très méritoire, du docteur Combret a été vivement encouragée dès le début par un cercle restreint de

(1) *Notes sur les principales méthodes d'administration du mercure par la peau*, Thèse de Paris, 1882.

médecins éminents, mais trop peu connue au dehors. Insistons sur ce fait : que ce sont les expériences et les propres produits du docteur Combret, qui ont été le point de départ de nombreux travaux publiés en Allemagne, tous favorables au savon mercuriel — et aussi d'imitations et de contrefaçons qui ont pris un large développement.

Bref, ce *savon napolitain*, où les quantités de mercure sont toujours constantes et rigoureusement dosées par le frappage, est au moins aussi efficace que l'onguent du même nom comme antiphlogistique, parasiticide, et agent d'introduction du mercure dans l'organisme. Mais, comme un peu d'eau suffit toujours pour s'en débarrasser, il est évident qu'il lui devient infiniment préférable dans tous les cas, si l'on considère la propreté et la commodité de son emploi.

II. — Le *savon iodé* ne rendra pas moins de services que le précédent. Comme topiques à base d'iode, nous ne possédions jusqu'ici que les pommades ou savons iodurés. Or, la peau n'absorbe pas les sels, d'où l'inefficacité de ces préparations, démontrée chaque jour par la clinique. La teinture d'iode, instable dans sa composition, n'agit comme iodique qu'à la première application, ce n'est plus ensuite qu'un révulsif, même un vésicant. Les cotons iodés participent à ces inconvénients, au point que leur emploi ne peut être prolongé longtemps au même endroit.

Dans le *savon iodé* du docteur Combret, le principe actif reste libre et volatilisable, conditions indispensables à son efficacité. En même temps, sa composition est constante, et, grâce à une préparation toute particulière de l'excipient, son emploi peut être indéfiniment prolongé sans produire jamais aucune irritation de la peau. On comprend dès lors l'extrême utilité de ce savon, soit qu'il s'agisse, par des frictions méthodiques, des bains, d'introduire de l'iode dans l'économie, pour guérir le lymphatisme, la scrofule, etc.; soit qu'on veuille agir localement sur des adénites, des goitres, des douleurs rhumatismales, arthrites chroniques, etc.

III. — Dans le *savon balsamo-sulfureux*, les balsamiques les plus actifs sont combinés à des principes sulfureux pouvant dégager, au moment de l'emploi, des vapeurs efficaces et, en outre, à du soufre pur, mais soumis préalablement à un trempage tout spécial. Cette association, qui réalise pour la première fois les indications multiples de la thérapeutique dermatologique, fait du *savon balsamo-sulfureux* un médicament de premier ordre contre les dermatoses parasitaires et diathésiques. Elle permet également d'utiliser ce savon en bains locaux ou généraux ; car, par sa base sodique, il remplace aussi exactement que possible les véritables bains de Barèges, dont il possède les propriétés.

IV. — Enfin, le docteur Combret nous présente un *savon au goudron*, qui nous semble bien préférable à tous ceux que le commerce nous a fournis. En effet, les principes volatils, les plus actifs dans le bon goudron, se trouvent ici, grâce à l'exacte neutralisation des pâtes, maintenus intacts, non alcalinisés, et par conséquent au maximum d'efficacité.

En résumé, nous sommes heureux de signaler aux praticiens cette série nouvelle d'agents thérapeutiques fort importants. La spécialisation pharmaceutique est particulièrement légitime et nécessaire pour les produits de cet ordre qui sortent du cadre de l'officine. La certitude des nombreux services que ses savons rendront chaque jour, tant aux malades qu'aux médecins, doit être pour le docteur Combret la juste récompense des travaux et des sacrifices qu'il s'est imposés.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Parmi les causes productrices des déviations vertébrales, l'escrime n'avait pas encore pris un rang définitif. On en avait bien prescrit les exercices comme moyen de redresser

les scolioses; mais l'abus des efforts musculaires qu'elle nécessite était loin d'être étudié. M. LAGRANGE a essayé, très heureusement, de combler cette lacune par un mémoire *sur l'escrime et ses effets sur la colonne vertébrale.*

Notre confrère y démontre, du côté de la main qui tient habituellement le fleuret, l'existence d'une incurvation vertébrale, d'une courbure costale et d'un abaissement correspondant de l'épaule. Par conséquent, en prescrivant l'escrime comme agent thérapeutique, on doit recommander l'exercice de l'une et l'autre main. Dans son emploi comme moyen orthopédique, il faut aussi se garder d'exercer le côté correspondant à la concavité de la courbure qu'on veut redresser.

Une observation d'*hystérotomie abdominale*, dans un cas de tumeur volumineuse pesant 11 kilogrammes, et s'implantant sur la face latérale droite de l'utérus, a été pour M. CHÉNIEUX l'occasion de réflexions pratiques sur le manuel de telles opérations.

L'habile chirurgien stéphanois recommande, pour éviter le choc opératoire, de provoquer l'anesthésie complète; pour prévenir les hémorrhagies, de préférer l'agrandissement suffisant des incisions au morcellement ou à la ponction de la tumeur; enfin, pour éviter la suppuration et la septicémie, d'employer l'antisepsie au sublimé, parce que cette substance produit peu l'irritation des plaies.

Dans une opération d'*empyème dans un cas de pleurésie purulente*, M. Justin LEMAISTRE, qui en est l'auteur, attribue son succès à la sévérité de l'antisepsie. Dès les premiers jours, la fièvre diminuait, puis disparaissait. Il constatait l'absence de toute fermentation putride, et après la continuation des lavages pleuraux durant six semaines, obtenait une guérison absolue.

Le même observateur a entretenu ses collègues, par la plume de son interne, M. FREYSSELINARD, d'un autre fait clinique non moins intéressant. Il s'agissait d'*un calcul migrateur du poumon* dans la pathogénie duquel M. Lemaistre fait intervenir la profession du malade. Il était porcelainier, et respirait des poussières de kaolin et de charbon. De là une pneumonie scléreuse, une caverne et des lésions qui sont analogues à l'anthracosis; phénomènes dans l'étiologie desquels notre confrère hésite à placer toujours la tuberculose. Il n'admet donc pas, comme M. Tripier, la nature tuberculeuse de la maladie.

On le voit donc, à côté des questions de pratique, la Société médicale de la Haute-Vienne aborde les problèmes les plus difficiles de la pathologie générale. Rendons hommage à l'activité scientifique de ses membres. — Ch. E.

FORMULAIRE

DES INSTILLATIONS CONTRE LA CYSTITE CHRONIQUE DOULOUREUSE. — Guyon.

Nitrate d'argent cristallisé.....	1 gramme.
Eau distillée.....	50 grammes.

F. s. a. une solution à instiller par gouttes, dans le cas de cystite chronique douloureuse. — On fait uriner le malade, puis on introduit l'explorateur à boule perforée n° 12 à 14, en s'arrêtant aussitôt qu'on a franchi le sphincter uréthral, et on fait tomber successivement, de 20 à 40 gouttes de la solution de nitrate d'argent. Le nombre des instillations qu'il est nécessaire de pratiquer, pour guérir la cystite chronique douloureuse, est très variable. Il en est de même de l'intervalle qu'il convient de laisser entre chacune d'elles. Si le malade n'a souffert que trois ou quatre heures après la première instillation, on la répète tous les deux jours. Mais si la douleur s'est prolongée pendant un ou deux jours, il est prudent de ne pratiquer les instillations qu'une ou deux fois par semaine, et de diminuer le nombre des gouttes. — Ces instillations réussissent très bien dans les cystites d'origine blennorrhagique : elles sont contre-indiquées dans le cancer et les tuberculoses de la vessie. — N. G.

COURRIER

Société anatomique de Paris. — *Règlement pour le prix Ernest Godard.* — Le docteur Ernest Godard, dans son testament, daté à Jérusalem des 3 et 4 septembre 1862, a fait en faveur de la Société anatomique de Paris, un legs dont cette Société a disposé, suivant les volontés du testateur, en adoptant le présent règlement dans les séances du 23 janvier et du 13 février 1863.

Règlement

Article premier. — Un prix portant le nom d'Ernest Godard, son fondateur, sera décerné tous les deux ans par la Société anatomique de Paris, à l'auteur du meilleur mémoire concernant soit l'anatomie normale, soit l'anatomie pathologique, soit la tératologie.

Art. 2. — La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs (420 fr.).

Art. 3. — Seront admises à concourir toutes les personnes françaises ou étrangères qui adresseront à la Société : 1° un mémoire, manuscrit ou imprimé, sur les sciences ci-dessus désignées; 2° une lettre d'envoi portant la mention spéciale qu'il est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire.

Art. 4. — On n'admettra pas toutefois les mémoires imprimés qui seraient publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant rétroactivement compté à dater de l'époque à laquelle on décernera le prix.

Art. 5. — On n'admettra pas non plus les travaux qui auraient été, antérieurement à la clôture du registre d'inscription, l'objet d'une récompense scientifique. Les candidats devront donc, dans leur lettre, déclarer expressément que leur travail n'a pas été récompensé jusqu'à ce jour.

Art. 6. — Sont exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique.

Art. 7. — Une commission de cinq juges, choisie parmi les membres titulaires et honoraires de la Société, sera chargée d'apprécier le mérite des mémoires envoyés. Cette commission sera nommée dans la première séance d'août.

Art. 8. — Le prix sera décerné, pour la première fois, dans la première séance du mois de janvier 1865, et ensuite dans la même séance du même mois pour les années impaires 1867, 1869, 1871, etc.

Art. 9. — Si, une année, le prix n'était pas donné, on le reportera sur l'année suivante, c'est-à-dire sur une année paire, 1866, 1868, etc., sans préjudice du prix qui sera donné intégralement, selon la règle, les années impaires, 1867, 1869, etc.

Art. 10. — Que le concours ait lieu en 1865, 1867, etc., ou bien en 1866, 1868, etc., ce sera toujours à la date du 31 juillet au soir, pour dernier délai, que l'archiviste de la Société arrêtera la liste des candidats inscrits.

Art. 11. — Les exemplaires des ouvrages envoyés au concours deviennent tous la propriété de la Société, mais les auteurs des mémoires manuscrits pourront être autorisés à en prendre copie.

MM. les concurrents sont priés d'adresser leurs mémoires, avant le 1er août 1886, à M. le docteur Broca, archiviste de la Société anatomique, à l'École pratique de la Faculté de médecine, 15, rue de l'École-de-Médecine.

GRAND ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE-S.-MEUDON (Seine-et-Oise)

Dirigé par le docteur A. TARTIVEL

6, avenue Mélanie, 3 et 5, rue du Cerf

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES ET DES MALADIES CHRONIQUES

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs

Sommaire

I. P. Diday : Sur les traitements abortifs. — II. Bibliothèque : Traité pratique des maladies vénériennes. — III. Thérapeutique : Du rôle de la pancréatine dans l'économie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Paracelse et Van Helmont. — VII. Formulaire.

Sur les traitements abortifs,

Par P. Diday.

En entendant un de nos plus distingués confrères, M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, déclarer que jusqu'ici les occasions lui ont manqué de tenter l'abortion d'une blennorrhagie, je n'ai pas pu ne pas croire à quelque confusion dans la manière dont les termes de cet énoncé sont compris; et cette persuasion m'a mis immédiatement la plume en main.

Ce cas engendre invariablement le dialogue suivant : Un confrère venant vous dire : « J'ai étouffé dans sa source, j'ai fait avorter une angine, un coryza. » — « Je ne demande qu'à vous croire, lui répond-on, mais prouvez-moi d'abord que ces maladies-là existaient. » — « Et comment le prouver? est-il en droit de répondre à son tour. L'existence d'une maladie ne s'établit que par la constatation de ses caractères symptomatiques. Or, si elle est déjà caractérisée, elle n'est plus susceptible d'avorter. »

Dans cet échange de répliques, à qui donner gain de cause? Le clinicien, qui exige la preuve clinique, a raison sans doute. Mais celui qui se hasarde à conclure au nom de l'analogie a-t-il toujours tort? Dans l'espèce, un blennorrhagien récidiviste, qui connaît à fond, par une multiple expérience, les us et coutumes de l'ennemi, peut-il s'y tromper lorsque, quarante-huit heures après un coït douteux, il sent, il voit exactement les mêmes signes qui plusieurs fois déjà, à la même date, sous la même forme, lui ont signalé le début d'une chaudepisse qui eut quelques mois de durée? A quelle cause, d'ailleurs, sinon à une troisième ou quatrième invasion semblable, attribuerait-il cette chaleur sourde et prurigineuse, coupée de

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT (1)

Avant de vous parler de la Chirurgie et des idées thérapeutiques de Paracelse, je veux vous signaler un écrit curieux, ainsi que les livres sur les Maladies tartareuses et le Mal français ou la syphilis.

La *Réponse à quelques accusations* dévoile et met au jour le caractère de Paracelse, sa vie errante, le désordre de son esprit. Il est le Christ de la médecine, les autres médecins sont les faux prophètes et les antechrits, tenant du diable le pouvoir de tromper le public. Il doit ses connaissances et ses succès à l'astronomie et à l'alchimie; les recettes, les dénominations qu'on lui reproche sont nécessitées par des révélations qu'il a eues (*Responsio ad quasdam accusationes et calumnias suorum æmulorum et obtrectatorum*, *Edition de Francfort*, 1603, t. II, p. 112 et suiv.)

Le *Liber de morbis tartareis*, qui fait suite au *Labyrinthus* (*Id.*, t. II, p. 180 et suiv.), est un des plus célèbres traités de Paracelse. Vous en trouverez une analyse dans une thèse passée sous ma présidence l'année dernière. (Muleur, *Essai historique sur l'affection calculeuse du foie, etc.*, thèse de Paris, 1884, n° 188.) Dans ce traité, Théophraste est plus compréhensible, il indique une catégorie de maladies héréditaires, mais il

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 janvier et 13 février 1886.

©BIU Santé

légers élancements, cette gouttelette opaline, signes qui, pour autrui, n'éclairent peut-être pas encore le diagnostic d'une lumière suffisante, mais desquels il n'est, lui, que trop fondé à dire : « Si ce n'est pas le jour, c'en est du moins l'aurore! »

Je loue M. Aubert de formuler de plus sévères exigences. Mais me blâmera-t-il, moi, de prendre la seringue avant le porte-objet? L'un et l'autre, il est vrai, pourraient sans se nuire fonctionner dans la même séance, littéralement dans la même minute. Mais voici une objection plus sérieuse :

Si, dans la sécrétion recueillie, on a trouvé le micrococcus, on conclura en toute assurance qu'il s'agissait d'une blennorrhagie commençante. Fort bien; mais si l'on n'en trouve pas, sera-t-on aussi légitimement autorisé à affirmer qu'il ne s'agissait point d'une blennorrhagie? Non; car, d'abord, il faudrait dire d'où provient, trois jours après le coït chez un homme sain jusque-là, ce fluide lactescent. Puis, quant au microbe, ne comprend-on pas que, à cette toute première phase, à cette période pré-blennorrhagique, l'imperfection de son développement rende également obscures et ses manifestations histologiques et ses manifestations symptomatiques, dérobe cet être encore rudimentaire à la lentille de cristal comme à notre lentille cristallinienne?

Je me serais moins appesanti sur la difficulté du contrôle, si cette difficulté ne constituait pas, en général, une des indications de la méthode que nous étudions. *État naissant*, en effet, implique *état douteux* : et l'on sait que les maladies à l'état naissant sont seules justiciables des moyens abortifs. Ceci est un axiome, une banalité même. Mais il n'est point oiseux de l'énoncer en termes catégoriques, puisqu'on le méconnaît non moins formellement à l'Académie de médecine de Paris; témoin le programme du prix Herpin pour l'année 1886, programme ainsi libellé : « Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis *confirmée*. » Sans vouloir décourager aucun des concurrents futurs, tout ce que mon profond respect pour notre premier corps savant me permet

---

mêle constamment le faux avec ce qui est à peu près exact. Voici ce qui constitue le Tartre ou Tartare « Toute humidité terrestre a incorporée en elle, une matière qui a été créée par la nature et disposée pour la coagulation. Un exemple vulgaire éclairera ce point : le vin vient de la terre et porte, innée en lui, la matière susdite. Dans l'opération de la coagulation, le coagulé se sépare du vin et adhère à l'intérieur du vase ou du tonneau. Cette substance s'appelle Tartare du vin. L'eau contient aussi un Tartare qui se sépare subtilement de l'eau et qu'on appelle Tartare de l'eau. On appelle aussi Tartare du lait ce qui se sépare du lait. On tire aussi un Tartare du suc des fruits et des plantes, c'est le Tartare des fruits et des plantes (Chap. I). » Archeus intervient en nous, pour séparer de l'élément bon l'élément mauvais, ce dernier rejeté par les organes excréteurs; Archeus, à la manière du charpentier qui rejette un morceau de bois pourri, fait assimiler les bonnes choses. Lorsque le travail est troublé, il se forme dans les substances liquides du corps une nouvelle substance visqueuse, imprégnée de sels terrestres qui est le Tartare ou Tartre. Bientôt le Tartare devient une abstraction, il est partout dans les viscères, sous toutes les formes, même celles qui ressemblent le moins aux concrétions. Il semble que chaque idée venant à l'esprit de Paracelse soit transformée en cause universelle de maladies. « Une certaine espèce de Tartare naît chez les femmes; il est de deux espèces, c'est-à-dire qu'il se produit de deux manières chez elles : d'abord par la manière ordinaire, c'est-à-dire par la nourriture et la boisson, puis en recevant et concevant le Tartare des hommes (chap. VI). » Le Tartare imprègne l'enfant du premier au troisième mois. Il y a quatre espèces de maladies tartariques,

de dire d'un pareil texte, c'est qu'il annonce l'intention bien arrêtée de l'Académie de faire des économies.

Seconde difficulté. Une classe de maladies étant donnée, le même procédé abortif, en supposant qu'on l'emploie à la même période, aura-t-il le même succès chez tous les sujets qui en sont atteints? Non, l'effet obtenu varie suivant beaucoup de circonstances. L'une de celles que j'ai le mieux constatées se rapporte à l'âge des individus. Chaque âge a ses maladies. L'amygdalite aiguë, par exemple, est celle de la jeunesse. Or, comme elle succède souvent à un refroidissement, comme d'ailleurs, lorsqu'on l'a eue plusieurs fois, on en reconnaît, on en pressent, on en devine l'invasion à une certaine sensation bien familière à qui l'a éprouvée, les moyens abortifs pouvant être mis en œuvre de très bonne heure, ont toute chance de réussir.

Ils réussissent donc : oui, quelquefois; mais le plus souvent, même appliqués dans d'excellentes conditions, ils échouent.

Tributaire de cette ennuyeuse incommodité, j'avais, comme d'autres, dans cette guerre livrée à mon ennemi, eu tantôt des victoires, tantôt des revers, avec l'alun, le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique, l'ingestion du vinaigre des quatre voleurs; lorsque peu à peu les succès devinrent plus nombreux, presque la règle, et cela par l'effet du remède le plus simple : l'application au devant du cou d'un linge fréquemment mouillé d'eau froide recouvert de taffetas ciré. Et déjà, d'après mon expérience personnelle, je commençais à prôner cet infaillible antidote, lorsqu'un profond pathologiste modérant mes transports : « Cela te réussit! me dit-il, mais, imbécile, tout te réussira *maintenant*. Tu as passé l'âge des angines. Mais, patience; tu ne perdras rien, pour changer. Attends un peu et tu vas voir quel plat la mère nature te garde. » Jean-Paul n'avait pas tort, Messieurs; j'ai attendu, et *je suis servi!*

Peut-être aussi, à force d'avoir supporté des fluxions, un appareil, un organe, un tissu, perdent-ils l'aptitude à leur fournir de nouveaux aliments? Peut-être est-ce là, pour tel et tel quadragénaire, l'histoire véritable de la

---

mais la division repose sur des caractères vagues; toutefois la description des diverses espèces de goutte et des maladies calculeuses est intéressante, et Paracelse reconnaît leur hérédité.

Les traités de la grosse vérole sont au nombre de deux : l'un, en huit livres, paraît apocryphe (*De l'origine, des causes, du traitement du mal français*); l'autre, est généralement reconnu comme paracelsique. « Pour réprimer et comprimer l'audace de ceux qui depuis plusieurs siècles, par leur étalage orgueilleux, par leurs clameurs insensées et les titres extraordinaires dont ils se parent, se sont sottement arrogé la direction de la médecine, j'ai résolu, lecteur benévole, de dévoiler les erreurs innombrables qu'ils ont commises dans le diagnostic et le traitement du mal français... J'appelle cette maladie : mal français, du nom du pays où l'on rapporte qu'il a pris naissance... On ferait preuve d'ignorance dans l'art médical, si l'on prétendait que j'aurais dû donner à ce mal le nom de pustules, et on montrerait qu'on ne comprend pas que ce dernier est une appellation générique (*De tumoribus, pustulis ac ulceribus morbi gallici*, édition latine de Genève, 1658, in-folio). » Paracelse invective encore les médecins contemporains, puis il s'élève contre les fumigations de cinabre en faveur parmi les médecins de Montpellier et de Salerne, contre l'abus des lotions mercurielles, contre les corrosifs et enfin contre le gaïac. Vous remarquerez combien il est erroné de dire que Paracelse a le premier opposé le mercure à la syphilis, mais il veut que l'on prenne le mercure à l'intérieur.

La propriété contagieuse du *morbus gallicus* est appelée : transplantation par Théo-

décadence graduelle de ses érysipèles, de ses furoncles, de ses orgelets habituels que, à un certain moment venu, il s'étonne de voir céder si aisément à une thérapeutique en compagnie du laquelle jadis ils se plaisaient, comme pour la braver, à parcourir librement leur cycle jusqu'au bout.

Les diathèses coexistantes, classe d'affections qui, en général, ne passent à l'état d'action qu'à une certaine période de la vie, peuvent aussi mêler leur part aux causes qui modifient l'impressionnabilité des maladies aux remèdes. Mais, parmi ces influences diverses, un vieux spécialiste se trouve en mesure d'en signaler une curieuse. Ce n'est plus de l'âge du malade qu'il s'agit, c'est de l'âge de la maladie.

Cette remarque s'applique aux affections dites virulentes. Manifestement, elles changent en vieillissant. Personne ne nie l'atténuation spontanée de la syphilis, de la vaccine.

L'histoire générale de la chancrelle en fournit un autre exemple. Qu'on en observe à présent beaucoup moins de cas, ceci déjà indique bien une diminution de la propriété contagieuse. Mais d'autres traits marquent l'abâtardissement réel de cette espèce morbide.

Les étranges preuves de sa bénignité, qu'on nous apporte chaque jour, ne s'expliquent pas toutes par le croissant perfectionnement des moyens thérapeutiques, par la supériorité des procédés actuels de diagnostic et d'expérimentation. Si, par exemple, le bubon *par absorption chancrelleuse*, jadis partout admis, est aujourd'hui nié; si l'autorité de M. Strauss a ébranlé sur ce fait la tradition ricordienne, ne serait-ce point parce que les conditions matérielles du problème ont changé? Tout le fait présumer, tout dénote que, avec le temps, la chancrelle s'est faite moins féroce. Elle est plus rare, est moins souvent phagédénique; elle engendre beaucoup moins fréquemment le bubon; elle perd, par le seul effet de la chaleur, son inoculabilité; il a pu lui naître une ébauche, l'herpès. A tous ces signes ne reconnaît-on pas un être morbide en voie de décadence?

Il y a sans doute quelque chose d'analogue à dire de la blennorrhagie, car très certainement je ne la vois pas en 1885 la même que je la voyais

---

phraste, mais, après cette idée juste, il prend le change en trouvant que la nature de ce mal est telle qu'il ne se transplante jamais dans aucun corps, à moins qu'il ne soit disposé à quelque autre maladie, soit externe, comme l'esthiomène, le cancer, la morphée, l'alopécie, soit interne, comme la fièvre, l'arthrite, la paralysie. Paracelse n'en sait pas plus que ses contemporains sur les origines du mal français, ce qu'il dit du gaïac prouve que l'opinion d'une importation américaine était peu répandue. « Maintenant que je puis, comme médecin, faire connaître les causes et l'origine de l'épidémie vénérienne, d'après la nature du microcosme et les véritables sources de la vraie médecine, je dis que le mal français, comme toutes les autres maladies, vient primitivement du temps, puis de la corruption du sperme; alors, en effet, diverses espèces de métaux reçurent une certaine corruption du sperme. Ce qui le prouve, c'est que depuis la création du monde, on n'a jamais vu une luxure plus grande, une plus grande licence et plus de dérèglement dans les mœurs que dans le siècle où l'on observa pour la première fois chez l'homme ce genre de mal; ce temps se rapporte à environ l'année du salut 1498. A moins de vouloir contredire à l'expérience, personne ne niera que la luxure ne soit la cause de ce mal » (*Morb. gall.*, IV, 3). L'étude des formes et complications de la syphilis est mêlée de telles fantaisies et d'expressions si étranges qu'il n'est pas toujours facile de discerner ce que Paracelse a voulu dire. Je dois citer cette réflexion remarquable : « Toutes les fois qu'une maladie quelconque présente un caractère de malignité plus grand que de raison, il faut soupçonner l'intervention du mal français. »

en 1837. Elle s'est donc modifiée. Mais est-ce en bien? est-ce en mal? L'une et l'autre version pourrait se soutenir. En effet, la différence qui m'apparaît entre l'ancienne et la moderne chaudepisse consiste en deux traits qui semblent contradictoires. Elle offre aujourd'hui moins d'inflammation, mais elle a plus de ténacité. Le premier tiendrait-il à ce que nos constitutions appauvries, plus enclines à l'anémie qu'à la pléthore, suffisent mal à entretenir de francs et vifs processus phlegmasiques? et le second trait, la longue persistance du mal, s'expliquerait-il suffisamment par ce proverbe, pris en sens inverse : « Ce qui enrage ne dure pas »? On pourrait écrire beaucoup sur cette thèse que je me borne aujourd'hui à énoncer, à affirmer. Et à l'appui de sa seconde partie, c'est-à-dire de la résistance à présent plus grande de la blennorrhagie, je déclare, pour revenir à mon sujet que, autrefois, je pouvais à peu près, à coup sûr, répondre de faire avorter un écoulement s'il m'avait été présenté à temps; tandis que, maintenant, pris exactement à la même toute première période, j'échoue si souvent, en employant de la même manière, les mêmes moyens, que j'ai pris la sage habitude, tout en engageant mes clients à courir cette chance, de ne leur répondre de rien.

Et il est vraiment fâcheux que la blennorrhagie soit devenue si rebelle; car, — pour employer le plus usuel de nos barbarismes français, — parmi les maladies qu'on fait avorter, *c'est une des seules* dont l'avortement soit entièrement inoffensif. Quand on a réussi, tout se borne à une réaction inflammatoire parfois très vive, mais toujours temporaire et locale. Mes souvenirs, très riches et très complets en cette matière, ne me rappellent pas le moindre exemple des graves accidents résultant, disait-on, des prétendues répercussions du flux uréthral, si redoutées de nos devanciers.

Pourquoi ici cette innocuité de répression, alors qu'avoir fait avorter des furoncles peut coûter la vie comme la chirurgie lyonnaise en a enregistré la preuve la plus lamentable; alors que guérir l'eczéma anal a, deux fois sous mes yeux, créé la cirrhose du foie et le cancer de l'estomac; alors que la suppression du coryza, — laquelle n'est qu'un jeu pour le thérapeutiste,

---

La Chirurgie de Paracelse est contenue dans la Petite Chirurgie ou Berthéonée, dans la Grande Chirurgie et dans le Traité des ulcères et des tumeurs contre nature en sept livres. Vous allez voir quelles sont les idées de Théophraste en pathologie externe ; sachez d'abord comment il jugeait les chirurgiens de son temps. « Venez donc ici, ô vous tous chirurgiens, parmi lesquels je n'en ai pas jusqu'ici trouvé un seul qui mérite ce titre ; hâtez-vous d'accourir tous ensemble, ô imposteurs, afin d'apprendre à connaître chaque degré séparément, selon la prescription, dont vous vous êtes éloignés depuis quelques siècles, pour vous livrer à la composition de vos réceptioncules, mendiées successivement de porte en porte aux Baucis couvertes de haillons et qui ne valent pas une écale de noix. Venez, je vous en conjure : à récipiscence, et laissant vos onguents, vos sparadraps et vos cataplasmes, que l'on trouve çà et là, dans un mélange confus, revenez à la vraie manière de guérir ». (*De gradibus et compositionibus, etc.*, liv. II, chap. VIII.)

La Petite Chirurgie ou Berthéonée a été traduite en français par Daniel du Vivier, en 1623 (ainsi que la Grande Chirurgie, traduite par Claude Dariot) ; je vous donnerai quelques extraits en reproduisant le texte archaïque. « Je ne veux pas que ceste mienne chirurgie soit intitulée le liure des playes, mais liure de mumie ou de la mumie, que le liure des apostemes soit dit tel, mais le liure du baulme. Et je veux que le liure des vlceres s'inscriue le liure des liqueurs. Et le liure des esthiomenes celui du realgar (*Berthéonée*, Préface paracelsique, p. 3). »

« Qu'est-ce que mumie? La mumie est une liqueur esparse par tous les membres du

©BIU Santé

— m'a deux fois à moi, valu, sur l'heure et presque sur la place, le développement d'un anthrax? C'est que, quelque simples que paraissent ces bobos, si l'on ne tient compte que de leur phénoménalité objective; ils n'en sont pas moins l'expression, comme on dit à Montpellier, d'une souffrance de toute l'économie, par conséquent d'un besoin de décharge qu'il ne saurait être indifférent d'empêcher de se satisfaire. La blennorrhagie elle, au contraire, est le type des maladies de cause accidentelle; laissons-la marcher, elle se généralisera chez quelques sujets; vous trouverez alors ses microcoques dans les liquides de sécrétion, dans le sang même. Mais, au début, elle est toujours locale. L'avez-vous pu couper? Vous en avez fini avec elle et ses suites.

Je reviens, pour terminer, à l'abortion des furoncles, coryzas, herpès, érysipèles, orgelets, et autres inflammations cutanées de ce genre. Pourquoi y a-t-il danger d'en tenter l'abortion, alors qu'on n'en fait courir aucun en supprimant les manifestations beaucoup plus étendues, en apparence plus importantes d'états morbides qui constituent évidemment une affection de tout l'organisme, alors par exemple que, grâce à leur méthode ectrotique, Serres et Gariel étouffaient impunément les pustules varioliques du visage, du cou et des mains; alors que, en effaçant de larges papules syphilitiques par l'emploi local du bi-iodure de mercure, je sers, sans jamais leur nuire, ceux de mes clients que désolait cette compromettante explosion? Pourquoi?... Un souvenir emprunté à l'Antiquaille vous fera pressentir ma réponse : Au temps de mon majorat, j'avais un client au voisinage de l'hospice. Un soir, mon interne est appelé d'urgence auprès de lui. On n'est pas mécontent de ses soins; mais, le moment venu de régler, c'est 10 francs qu'il réclame.

— Dix francs! s'écrie-t-on, et M. Diday n'en prend que cinq!

— C'est possible, réplique-t-il sans sourciller, mais vous comprenez la différence, M. Diday a d'autres consultations, moi je n'ai que celle-là!

De même, Messieurs, un furoncle, un érysipèle, voire un groupe minuscule d'herpès génital sont, à ce moment, la seule expression possible de la

---

corps, de telle vertu et force qu'il est requis, divisée toutefois de ceste façon : en la chair selon la nature de la chair, en l'os selon la nature d'iceluy, aux artères et ligaments selon leur nature, en la moëlle, aux veines et au cuir, comme és autres... D'où s'ensuit que la mumie de la chair guerit les playes de la chair, la mumie des ligaments les playes d'iceux, de sorte que chaque partie a besoin de sa propre mumie (*Berthéonée*, I, 1 § 2. p. 10). » Remarquez les trois substances : mumie, baume et réalgar dont les maladies chirurgicales tirent leur origine. Quant à la mumie appelée aussi par Théophraste, mercure doux, est-ce la lymphe plastique, la synovie, quelque liqueur gluante indéterminée ? Paracelse veut en combattre l'épanchement qui est un accident, il a entrevu les fausses membranes, les pseudhymènes, peut-être la pourriture d'hôpital, il a parlé d'esquinancie des plaies.

L'idée dominante est de tout abandonner à la mumie; Théophraste n'est pas opérateur, il conseille d'élargir certaines plaies avec des substances qui putréfient et corrodent les chairs. Il ne parle pas d'incisions à pratiquer. Sa manière d'envisager et de traiter les hémorrhagies, les fractures et les luxations est déplorable pour ne pas dire plus. Le développement des ulcères repose sur la théorie des sels corrosifs, terreux ou réalgaux. « Un ulcère ne peut-être produit, si ce n'est par les corrosifs, et il n'y a pas de corrosifs en dehors des sels. Il est nécessaire que tous ulcères prennent leur origine des sels, mais non certe de ceste façon que le sel se change, qu'il devienne meilleur ou pire, comme on se l'imagine pour les temperaments : c'est pourquoy, il faut que vous sachiez que rien n'est pire au corps, mais que le mal qui s'y trouue vient de la nais-

dyscrasie qui les engendre. Qu'un coup abortif ferme à la diathèse cette voie accoutumée de décharge, la voilà tentée de porter son nisus morbigène sur des viscères, sur des appareils plus essentiels à la vie. Tout au contraire, ainsi que le chef de service de mon interne de 1845, la variole, la syphilis, au moment où on les chasse d'un point, ont d'autres et nombreux modes et sièges où diriger leurs efforts critiques ou dépurateurs. Puis, enfin, explication encore plus plausible de cette différence, quoi qu'on voie des microbes partout et qu'on en trouve presque partout, la pathologie n'en est, ce me semble, pas encore arrivée sous ce rapport à une précision telle que, entre un empoisonnement parasitaire et une diathèse, l'identité de nature soit aujourd'hui un dogme universellement admis, soit surtout un fait absolument démontré.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par le docteur Louis JULLIEN, 2me édition revue et augmentée. — J.-B. Baillière, 1886.

Ce livre a plusieurs mérites qui expliquent son succès; il est complet et impartial, d'une lecture facile, illustré de planches nombreuses, et ce n'est pas une œuvre de compilation. L'auteur avait puisé son instruction à des sources très variées ; à Lyon, où il avait été interne à l'Antiquaille; à Paris, où il a été chef de clinique chirurgicale; en Italie, en Angleterre. Il avait eu soin de s'entourer de toutes les garanties d'exactitude en consultant sur chaque spécialité les maîtres et les praticiens les plus expérimentés. Mais il a su aussi exprimer sur plus d'un point des idées neuves et personnelles.

Aussi était-il naturel que le succès couronnât son entreprise. Récompensé par l'Académie des sciences et par la Faculté, traduit en espagnol et en italien, le *Traité pratique des maladies vénériennes* s'est promptement répandu dans le public médical.

Pour faire bénéficier cette seconde édition des conquêtes les plus récentes de la médecine contemporaine, M. Jullien s'est imposé la tâche de contrôler les théories parasitaires et de répéter les observations et les cultures de microbes, afin d'en pouvoir parler en connaissance de cause; c'est là une conduite aussi rare que digne d'éloges.

---

sance. Le sel peut demeurer en son tempérament, de façon que sa substance n'est nullement manifestée (*Berthéonée*, II, 1, p. 134). »

Je borne là ces données sur la Petite Chirurgie; le professeur Malgaigne a dit de la Berthéonée « fatras abominable, où le mauvais goût, l'obscurité affectée, le charlatanisme, l'ignorance, forment d'épaisses ténèbres à peine sillonnées de temps à autre par des éclairs de haute raison et d'éloquence » (*Introduction aux œuvres d'Ambroise Paré*, Préface, CC XI). Ce jugement est juste, j'ajoute que les éclairs de raison sont rares et que le bon de la Berthéonée est de source étrangère ou empruntée. La Grande Chirurgie que Malgaigne déclare « plus calme » n'est pas plus sensée. « L'intention de celui qui veut guérir doit être de combattre les étoilles et non de purger les humeurs (*Grande Chirurgie*, II, I, 11). » On constate l'absence de vraies connaissances chirurgicales; ici encore, les ulcères proviennent de l'influence des astres, de l'air, du chaos, qui est en nous, de la corruption de nos sels. Il y a des ulcères et plaies de nitre, de vitriol, de sel gemme, d'alun, de réalgar, etc. J'ai hâte d'arriver à la thérapeutique proprement dite.

(*A suivre.*) Prof[r] LABOULBÈNE.

PILULES CONTRE LA CHORÉE. — Descroizilles.

Valérianate de zinc.....	1 gramme.
Extrait de jusquiame.....	1 —
Sous-nitrate de bismuth.....	1 —

Mêlez et divisez en 30 pilules. — 3 à 6 par jour contre la chorée. — N. G.

La bibliographie de chaque question est aussi complète que possible, nous en avons eu la preuve à propos d'un chapitre dont le sujet nous est familier (les ulcérations de l'amygdale), et où nous remercions l'auteur d'avoir apprécié avec indulgence nos modestes recherches. — P. Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

Du rôle de la pancréatine dans l'économie.

Par M. Th. Defresne.

La digestion stomacale a pour objet la désagrégation et la dissolution partielle des aliments albuminoïdes, la chymification en un mot.

« Ce qui sort de l'estomac, — dit M. E. Duclaux, — est un mélange d'éléments solides, disques de Bowman intacts, sarcoprismes à peine gonflés ou en voie de destruction et d'éléments liquides où l'on retrouve tous les degrés de transformation qui aboutissent à la peptone. » L'estomac, par rapport aux aliments azotés, remplit donc exactement le même rôle que la bouche, par rapport aux aliments amylacés; dans les deux cas, le but à atteindre est la désagrégation complète des aliments et leur dissolution qui va jusqu'à la saccharification partielle des amylacés dans la bouche, et la peptonisation partielle des albuminoïdes dans l'estomac. — Le chyme, une fois élaboré, est poussé par ondées successives dans le duodénum, où il rencontre la bile qui le neutralise et le suc pancréatique qui procède à sa revision complète. Celui-ci, favorisé par le travail préparatoire qui précède, saccharifie l'amidon, émulsionne et dédouble les graisses, et peptonise les albumines, dissoutes, syntonisées ou simplement désagrégées; son action est rapide, sinon instantanée.

Le rôle prépondérant du suc pancréatique dans la digestion n'est pas douteux, aussi peut-on prévoir les services que l'art de guérir est en droit d'attendre de la pancréatine; si toutefois celle-ci peut séjourner au milieu du chyme acide sans être altérée et reprendre son action sur les aliments à son arrivée dans le duodénum, ou bien si, résorbée dans l'estomac, la pancréatine peut être utilisée dans l'économie et laisser des preuves de son passage dans l'organisme lui-même.

Le suc gastrique, on le sait, contient de l'acide chlorhydrique, mais, après une heure de digestion, la majeure partie de cet acide, et quelquefois le tout se combine aux alcalis des aliments, et les acides organiques déplacés par un acide plus fort constituent désormais l'acidité du suc gastrique mixte; dans ce cas, les trois ferments de la pancréatine : myopsine, amylopsine et stéapsine, n'ont rien à redouter du chyme ; quand celui-ci est saturé, la pancréatine retrouve toutes ses propriétés. (Defresne, *Comptes rendus de l'Institut*, t. LXXXIX.)

Nous avons cherché en combien de temps les pilules pancréatiques Defresne, protégées par une double enveloppe de cire et de sucre, se dissolvent dans l'estomac : Les lapins qui nous servirent de sujets d'expériences nous montrèrent qu'après la première heure, les pilules sont encore défendues par la couche de cire qui les protège ; après la deuxième heure, elles sont ramollies et infiltrées à la circonférence, mais le noyau central est intact ; après la troisième heure, nous ne les retrouvâmes plus. Si donc, le repas est léger et composé en majeure partie d'aliments azotés, il est certain que les pilules de pancréatine administrées après le repas peuvent arriver dans l'intestin avant d'être complètement dissoutes, et que la partie dissoute, elle-même, n'ayant séjourné que dans un milieu où les acides organiques dominent, peut retrouver toute son activité dans le duodénum et prêter son concours à la digestion des aliments.

Examinons le deuxième cas : Si la pancréatine est prise en poudre, au commencement du repas, elle se trouve dans un milieu chlorhydrique qui, *à priori*, semblerait lui être défavorable; car, après deux heures de séjour au milieu du suc gastrique chlorhydrique, nous avons trouvé, après la saturation du milieu, la pancréatine à peine active sur les aliments albuminoïdes, et inactive sur les aliments amylacés et gras.

Cependant, la pancréatine n'est pas détruite; elle est absorbée par l'estomac et laisse des traces manifestes de son passage dans l'économie, comme nous allons le voir : Si nous donnons à un lapin de la pancréatine à dose massive, 0,50 centigrammes par kilogramme vivant, après la cinquième heure nous trouvons que son sang contient cinq fois plus de sucre qu'à l'état normal : une partie en est éliminée par les reins, et le lapin est devenu momentanément diabétique. Ce sucre, évidemment, a été produit par l'action de la pancréatine revivifiée sur la matière glycogène du foie; la rate, qui saccharifiait en deux heures environ deux fois son poids d'amidon, en saccharifie maintenant six et huit fois son poids; le pancréas d'un lapin normal qui saccharifiait huit fois son poids d'amidon, saccharifie, après l'ingestion de la pancréatine, vingt fois son poids d'amidon.

Ces expériences physiologiques montrent bien que la pancréatine peut, efficacement, être administrée par l'estomac. D'ailleurs, les observations cliniques du professeur Potain, celles de M. H. Huchard, autorisent certainement le praticien à essayer l'emploi de la pancréatine, et M. Engesser (de Stuttgard), après avoir cité quelques observations cliniques aussi nettes que concluantes, écrit :

« La pancréatine est indiquée, dans les dyspepsies, à la dose de trois à cinq pilules :

« 1° Dans la dyspepsie atonique, c'est-à-dire dans le cas où, soit la sécrétion, soit la composition des sucs sécrétés, est insuffisante;

« 2° Dans la dyspepsie acide, laquelle résulte, comme on sait, non d'une augmentation du suc gastrique, mais de la présence d'autres acides, acide carbonique, lactique, butyrique, acétique, qui se produisent après quelque temps de digestion soit par la transformation anormale des aliments, soit par une hypersécrétion acide;

« 3° Dans la dyspepsie flatulente qui paraît avoir son siège, non dans l'estomac, mais dans la partie supérieure de l'intestin, le bol alimentaire y subissant probablement, par suite de l'insuffisance des sucs de l'intestin, une fermentation qui donne naissance à des gaz;

« 4° Dans certains états généraux, le rachitisme, l'arthritisme, la scrofule, le diabète, etc., parce qu'ils résultent de processus qui ont de l'analogie avec ceux que produit la dyspepsie. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentations. — De la trachéotomie préventive dans les opérations faites sur la bouche; discussion. — Kyste hydatique intra-péritonéal traité et guéri par la laparotomie. — Nouveau procédé de mensuration de la poitrine. — Présentation de malade : résection des extrémités supérieures des os de l'avant-bras pour une arthrite tuberculeuse. — Présentations de pièces pathologiques : kyste de l'ovaire à paroi interne végétante; curieuses modifications par les injections au chlorure de zinc. — Extirpation totale de l'utérus par le vagin.

M. Verneuil offre en hommage le quatrième volume de ses *Mémoires de chirurgie*.

— M. Terrillon présente, au nom de M. le docteur Rouvier (de Rochefort), une brochure intitulée : *Injections intra-veineuses de sérum artificiel dans la période asphyxique du choléra*.

— M. Charles Monod, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, lit une note complémentaire de sa communication relative à la trachéotomie préventive dans les opérations faites sur la bouche.

Il rappelle que, dans sa communication, il avait appelé l'attention de ses collègues sur deux points : la fréquence des pneumonies graves à la suite des opérations de ce genre; l'utilité de la trachéotomie pour prévenir cette complication.

M. Monod ne soutient pas que toutes les opérations sur la bouche exposent égale-

ment à des complications pulmonaires et nécessitent la trachéotomie. Les ablations des maxillaires, en particulier, n'y donnent que rarement lieu, ou du moins il suffit de faire, à l'exemple de M. Berger, des lavages antiseptiques fréquents pour éviter tout accident de ce genre. Il en est de même des extirpations partielles de la langue, quoique cependant, d'après les statistiques publiées, le péril soit déjà plus grand.

Mais lorsque l'opération porte sur les parties les plus reculées de la bouche et qu'une partie du pharynx a dû être retranchée, alors les lavages les plus exacts peuvent être insuffisants, et le développement de pneumonies mortelles, résultant probablement de la pénétration dans les bronches de matériaux nocifs provenant de la cavité buccale, est incontestable.

A l'appui de sa proposition, M. Monod cite d'abord deux autopsies de malades opérés l'un par Langenbeck, l'autre par Kocher, et qui ont succombé, à la suite de pharyngotomies partielles, avec des accidents pulmonaires.

Dans une importante communication faite au Congrès allemand de chirurgie en 1879, sur l'extirpation du pharynx, Langenbeck a rapporté trois observations personnelles toutes trois terminées par la mort. L'auteur insiste sur la fréquence et le danger de ces complications pulmonaires dans de semblables opérations. La plupart des chirurgiens qui prirent part à cette discussion apportèrent des faits à l'appui de l'opinion du chirurgien de Berlin.

L'année suivante, Kocher (de Berne), dans un intéressant mémoire sur le traitement radical du cancer, opposa aux trois observations de Langenbeck, cinq faits personnels d'extirpation partielle du pharynx dans lesquels il n'eut, grâce à la trachéotomie préventive, qu'un seul cas de mort, dû peut-être à ce qu'il fallut retirer la canule dès le troisième jour. Pour Kocher, le danger capital de ces opérations réside dans les complications pulmonaires consécutives. Le meilleur moyen de les combattre est, pour lui, la trachéotomie préventive.

M. Terrier, qui reconnaît la fréquence des pneumonies après ces opérations, ne croit pas à l'efficacité de la trachéotomie pour les prévenir, redoutant davantage l'accès de l'air sur les bronches à travers la canule.

M. Monod pense que cette action de l'air n'est pas à mettre en balance avec les périls certains qui résulteraient de la désinfection incomplète du champ opératoire. Or, cette asepticité ne peut être réalisée que si le pansement protecteur est étendu à tout le champ opératoire y compris la partie supérieure du pharynx.

Ce résultat peut être obtenu, suivant M. Monod, par la trachéotomie d'une part et, de l'autre, par la sonde œsophagienne, double artifice qui permet de remplir toute l'arrière cavité buccale, jusqu'à l'orifice supérieur du larynx, de gaze iodoformée.

M. Verneuil rappelle que la trachéotomie préventive fut proposée d'abord pour empêcher l'introduction du sang dans les voies respiratoires pendant les opérations pratiquées dans la bouche. On sait aujourd'hui que rien n'est plus facile que de prévenir ce danger. Aussi est-ce pour d'autres raisons que l'on conseille aujourd'hui la trachéotomie préventive. Depuis que, grâce à l'emploi de la sonde œsophagienne en caoutchouc rouge, on peut nourrir les opérés et les soustraire, par des lavages antiseptiques, à l'infection par les voies digestives, les organes respiratoires restaient la seule voie ouverte à la pénétration des agents septiques. La gaze iodoformée est un excellent moyen de fermer cette voie.

M. Marchand appelle toute l'attention de ses collègues sur ce fait que, sur 12 malades opérés sans trachéotomie préventive, Langenbeck (de Berlin) en aurait perdu 9, tandis que Kocher (de Berne), pratiquant la trachéotomie préventive, a obtenu 4 guérisons sur 5 opérations.

M. Trélat estime qu'il y aurait lieu de comparer les observations de Langenbeck aux observations plus récentes de Kocher, et de voir s'il convient de faire jouer le principal rôle dans ces résultats à la trachéotomie préventive plutôt qu'au manuel opératoire ou au pansement. Pour lui, il n'admet la pratique de cette opération comme rationnelle que dans les cas où le champ opératoire se rapproche de l'ouverture supérieure du larynx.

M. Polaillon a pratiqué quatre fois la résection du maxillaire inférieur; dans aucune de ces quatre opérations il n'a fait la trachéotomie préventive ni éprouvé le besoin de la faire; chez aucun de ses opérés il n'est survenu d'accidents du côté des organes respiratoires.

M. Desprès affirme que, chez les malades atteints de cancer non opéré de la cavité buccale, et qui en meurent après avoir été longuement exposés à l'absorption des matières septiques, provenant des détritus cancéreux, soit par les voies digestives, soit par les voies respiratoires, on ne constata presque jamais, à l'autopsie, de pneumonie secondaire. Dans aucun cas, la trachéotomie ne doit être pratiquée pour prévenir la pneumonie secondaire.

M. Terrier pense que le passage direct de l'air à travers la canule, à la suite de la trachéotomie, peut être une cause de pneumonie, non pas à cause de sa température, mais à cause de l'introduction des microbes de l'air. L'observation montre que les chevaux trachéotomisés qui travaillent ne sont pas plus sujets à la pneumonie que les autres.

M. Léon Le Fort déclare qu'il croit à la pneumonie causée par l'air froid chez les enfants trachéotomisés auxquels on n'a pas pris soin d'envelopper de gaze l'ouverture de la canule.

— M. Desprès donne des nouvelles de la jeune fille guérie spontanément d'une tumeur ombilicale par rétention du sang menstruel dû à une imperforation du col de l'utérus. Cette jeune fille, chez laquelle la rétention menstruelle avait cessé spontanément en décembre 1885, a eu ses règles deux fois depuis cette époque, le 26 janvier et le 19 février.

— M. Bouilly communique une observation de kyste hydatique intra-péritonéal guéri par la laparotomie.

— M. Léon Le Fort appelle l'attention de ses collègues sur un procédé très simple de mensuration de la poitrine. Ce procédé consiste dans l'application autour du thorax d'une attelle plâtrée. On coupe cette attelle après solidification du plâtre, on l'enlève et l'on en mesure la circonférence. On peut ainsi se rendre parfaitement compte, à l'aide d'applications successives, des modifications apportées dans les dimensions du thorax, par exemple à la suite de l'opération de l'empyème, etc.

— M. Polaillon présente un malade auquel il a pratiqué la résection de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras pour une arthrite tuberculeuse. La guérison persiste après plus d'un an révolu.

— M. Terrillon met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique recueillie sur une femme morte à la Salpêtrière, le 30 décembre 1885. Cette femme portait depuis longtemps un kyste ovarique. Il y a cinq ans, M. Théophile Anger fit une ponction qui donna issue à un liquide limpide à peine coloré et injecta ensuite dans la poche une certaine quantité de chlorure de zinc.

Cette injection provoqua, au dire de la malade, une violente inflammation avec des accidents péritonéaux qui mirent sa vie en danger, ou du moins occasionnèrent des douleurs très violentes suivies d'un grand affaiblissement.

Malgré cela, la même opération fut répétée deux fois, mais sans accidents aussi sérieux.

La tumeur recommença cependant à se remplir et nécessita depuis plusieurs ponctions. Douleurs fréquentes, tiraillements pénibles, affaiblissement graduel; mort le 30 décembre.

A l'autopsie on trouva un kyste peu volumineux, sans adhérences avec l'épiploon ou l'intestin, ni avec la paroi abdominale, mais intimement uni par sa partie inférieure au fond et à la face postérieure de l'utérus. Adhérences péritonéales disséminées, qui doivent être sans doute rapportées aux poussées de péritonite survenues à la suite des injections irritantes. Elles ont dû être aussi la cause des douleurs permanentes et des

tiraillements éprouvés par la malade pendant les dernières années de sa vie et qui constituaient sa principale infirmité.

Cette observation démontre que l'action des injections irritantes en général et, en particulier, celle des injections de chlorure de zinc, qui est la plus énergique, n'a qu'un effet très minime ou très lent sur les kystes multiloculaires végétants, même quand ils se rapprochent le plus des kystes uniloculaires.

L'effet produit est cependant curieux à noter, puisque, malgré la structure compliquée des parois de ces kystes et de leur surface interne couverte de végétations et de kystes secondaires, ces injections peuvent les altérer, les atrophier, les transformer en tissu fibreux dense et en graisse.

Cette observation démontre aussi que ces injections peuvent être nuisibles par leur effet sur le péritoine voisin du kyste. Il eût été préférable, dans ce cas, de pratiquer l'ovariotomie.

— M. Marchand communique une observation, avec pièce anatomo-pathologique, d'extirpation totale de l'utérus par le vagin, pour un épithélioma occupant tout le col de l'utérus et remontant très haut vers le corps utérin.

L'opération pratiquée le 28 octobre a été finalement, après des péripéties diverses, suivie de guérison; celle-ci était complète le 13 janvier 1886. — A. T.

COURRIER

Sont nommés assesseurs dans les Facultés de médecine et dans les Ecoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Faculté de médecine de Paris : M. le professeur Brouardel;
Faculté de médecine de Bordeaux : M. le professeur Coyne;
Faculté de médecine de Lille : M. le professeur Folet;
Faculté de médecine de Lyon : M. le professeur Gayet;
Faculté de médecine de Montpellier : M. le professeur Grasset;
Faculté de médecine de Nancy : M. le professeur Heydenreich;
Ecole de pharmacie de Paris : M. le professeur Milne-Edwards;
Ecole de pharmacie de Montpellier : M. le professeur Planchon;
Ecole de pharmacie de Nancy : M. le professeur Schlagdenhauffen.

— Le gouvernement belge vient de désigner officiellement MM. les docteurs de Bruyn et Peeters pour suivre les expériences de M. Pasteur, sur les inoculations antirabiques.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Delpeuch (A.-L.-J.) est nommé médecin de l'octroi de Paris, en remplacement de M. le docteur Delaporte, nommé médecin en chef de la même administration.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Mouly, décédé à Saint-Afrique (Aveyron), à l'âge de trente-deux ans.

École de médecine de Limoges. — Les récompenses scolaires suivantes viennent d'être décernées aux élèves en médecine et en pharmacie dont les noms suivent :

1° *Élèves en médecine.* — Première année : prix, M. Louis Léonet. — Deuxième année : prix, M. Jean Decoux. — Troisième année : prix, M. Léonard Freysselinard.

2° *Élèves en pharmacie.* — Première année : prix, M. Georges Cardin; mentions honorables, MM. Eugène Cordier et Joseph Vallet. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Alfred Manières.

Prix des travaux pratiques et manipulations. — Première année : premier prix. M. Léon Picaud; deuxième prix, M. Georges Cardin. — Deuxième année : prix, M. Francisque Guéraud. — Troisième année : prix, M. Gabriel Cluzeau.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Descroizilles : Albuminurie probablement consécutive à une scarlatine. — Mort subite. — Autopsie. — III. H. Stapffer : Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique. — IV. Bibliothèque : Indications thérapeutiques de Royat. — Cas de pleurésie chronique traités par les eaux du Mont-Dore. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Thèses de doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Nancy (1884-1835). — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 2 mars 1886. — Les plus incrédules doivent reconnaître que l'inoculation anti-rabique n'est pas un vain mot; car il est impossible d'hésiter devant ces 350 observations entourées de garanties sérieuses avec 1 seul cas de mort, celui d'une petite fille vaccinée tardivement. On a pu demander si tous les chiens étaient bien enragés : là-dessus, les renseignements les plus authentiques sont fournis par les médecins et les vétérinaires, et des cas de rage, provoqués par les mêmes chiens sur d'autres victimes, servent de témoins. On a pu objecter, d'autre part, que tous les mordus n'ont pas forcément la rage; mais, quel que soit le chiffre moyen qu'on admette, il faut bien supposer que, sans la vaccination, quelques-uns des 350 l'auraient contractée; une série si nombreuse n'est pas le fait du hasard. Comment d'ailleurs expliquer, chez un homme sain ou mordu, que la dernière inoculation, celle du virus le plus virulent, ne ne donne jamais d'accidents graves, si les précédentes n'ont pas eu pour effet de créer l'immunité?

M. Pasteur a pu dire justement, dans cette séance, où un public nombreux était venu applaudir la communication déjà faite la veille à l'Institut : « La prophylaxie de la rage est fondée; il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage. »

Devant l'intérêt suscité par la lecture de M. Pasteur, la discussion sur les ptomaïnes a pâli. Et cependant MM. Guéniot, de Ranse, Hervieux, ont dit d'excellentes choses : le premier, pour affirmer que le germe des septicémies puerpérales vient toujours du dehors et s'inscrire en faux contre la spontanéité, le second pour poser la question de la fixité morphologique des microbes et de la spécificité de leur action pathogène.

Albuminurie probablement consécutive à une scarlatine. — Mort subite. — Autopsie.

Par le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants.

Le 20 janvier dernier, on fit entrer dans mon service, salle Saint-Augustin, n° 11, le nommé Dad... Henri, âgé de 12 ans. Ce jeune garçon venait d'être atteint, vingt jours auparavant, d'une scarlatine qui, d'après les informations qu'on nous donna, ne présenta aucune particularité exceptionnelle. Une éruption de teinte framboisée se produisit à la suite d'un mal de gorge de courte durée : d'une intensité fort modérée, elle s'éteignit au bout de peu de jours. L'enfant garda ensuite constamment le lit jusqu'à son admission à l'hôpital, mais il ne présenta aucun malaise pendant plus de dix jours; il ne manquait pas d'appétit et ne toussait pas. On remarqua, le 16 ou le 17 janvier, que ses joues étaient gonflées, comme s'il eût été affecté d'une double fluxion dentaire, et le jour de son entrée, on constata en effet de la bouffissure œdémateuse de la face, en même temps qu'une apyrexie complète.

Le 21 janvier, la température axillaire ne s'élevait qu'à 37°2, et le chiffre des pulsations à 90. L'œdème facial persistait sans avoir augmenté depuis la veille, sans dépasser des proportions modérées, car on ne voyait aucune infiltration au niveau des paupières. Le tégument était partout décoloré, et, sur aucun point du corps, on ne trouvait de desquamation; on rencontrait aussi un léger empâtement à la partie inférieure des jambes et sur la face dorsale des pieds. La langue était nette et le malade demandait qu'on ne le laissât pas à la diète. Depuis plusieurs jours, disait-il, il n'urinait presque pas, et on nous montra effectivement un verre d'urine représentant 120 ou 150 grammes de liquide, et dont le contenu correspondait à tout ce qui avait été expulsé de la vessie, depuis dix-huit ou vingt heures : cette urine renfermait une grande quantité d'albumine. Je recommandai à la religieuse de la salle de tenir l'enfant soigneusement au lit, de lui faire envelopper les membres inférieurs avec de la ouate, et de l'alimenter exclusivement avec du lait; je ne crus devoir indiquer aucune autre prescription.

Le reste de la journée du 21 janvier se passa tranquillement, et le lendemain 22, je constatai, comme la veille, un œdème peu marqué, de la face et des extrémités inférieures. La physionomie ne présentait, au moment de la visite du matin, aucune expression particulière, les pupilles n'étaient pas dilatées; le jeune garçon respirait régulièrement et silencieusement, l'état d'apyrexie complète persistait ; il n'y avait eu ni vomissement, ni diarrhée depuis vingt-quatre heures. Je pratiquai l'examen du thorax, sans trouver aucun indice d'état morbide, soit du côté des poumons, soit du côté du cœur. Je renouvelai la prescription que j'avais faite le jour précédent, en y ajoutant une potion avec six gouttes de teinture de digitale, car la quantité d'urine rendue, depuis ma précédente visite, ne dépassait pas 100 grammes et on y découvrait encore une forte proportion d'albumine qui, malheureusement, ne fut pas dosée.

Cette circonstance me parut être d'assez mauvais augure ; assurément je devais m'attendre à l'apparition prochaine d'accidents urémiques et formuler, au point de vue du pronostic, une appréciation très réservée. Mes appréhensions n'étaient que trop légitimes : dans l'après-midi, l'enfant vomit peu abondamment et une seule fois ; puis, après avoir dit, à différentes reprises, qu'il se sentait mal à son aise, sans pouvoir bien exprimer ce qu'il éprouvait, il fut brusquement pris d'angoisse, appela au secours d'une voix déchirante, et perdit connaissance. L'interne de garde, qui était précisément celui de mon service, M. Barbier, fut appelé et accourut très rapidement, mais il n'arriva que pour constater la mort.

L'autopsie fut faite quarante heures plus tard et démontra que le péricarde était sain, mais qu'une couche assez épaisse de graisse recouvrait le sillon auriculo-ventriculaire et la pointe du cœur, dont le volume ne dépassait pas la moyenne normale. On trouva les valvules saines, le ventricule droit vide et flasque, le ventricule gauche également vide, mais ferme. Le poumon droit contenait, au niveau de son lobe inférieur, un noyau volumineux d'hépatisation, rapproché de sa partie postérieure, les lobes moyen et supérieur, marbrés à leur surface, ne présentaient aucune altération dans leur profondeur ; à peu de distance du sommet, on voyait quelques ecchymoses sous-pleurales ; on rencontra également de très petits noyaux d'hépatisation dans la profondeur du lobe inférieur du poumon gauche et des marbrures à la surface de son lobe supérieur, qui était légèrement hypérémié. Le foie était gros et violacé; une augmentation de volume encore plus sensible fut constatée du côté de la rate, car la longueur de cet organe égalait 12 centimètres et son tissu, facile à déchirer, était parsemé de nombreux points blanchâtres et fort petits qui tranchaient, par leur nuance, sur la coloration ardoisée du reste de la substance. Les reins étaient pâles et volumineux; on les séparait aisément de leur capsule; les pyramides se détachaient nettement, par leur couleur brune foncée, sur la teinte beaucoup plus claire de la couche corticale. Enfin, du côté du cerveau, on nota l'état anémique des lobes frontaux, tandis que les lobes pariétaux et surtout les lobes occipitaux étaient très vascularisés sur plusieurs points. On découvrit, dans la profondeur de ces derniers, quelques petits foyers d'hémorrhagie capillaire ainsi qu'une injection prononcée de la toile choroïdienne.

Aucune des particularités constatées par l'examen nécroscopique ne pou-

vait expliquer d'une façon satisfaisante la mort inopinée d'un jeune garçon qui venait d'être admis à l'hôpital, sans aucune maladie grave en apparence, et chez lequel on ne trouvait qu'un œdème très limité et succédant vraisemblablement à une éruption. Les renseignements donnés sur son compte étaient très explicites; il s'était agi d'abord d'une scarlatine dont la description fut très clairement faite, et nous n'eûmes aucune raison de croire que ce qu'on nous racontait n'était pas la vérité. Cependant nous ne constations aucune desquamation, mais la desquamation peut manquer ou être fort peu sensible quand l'exanthème n'a pas été très accentué; dans certains cas, elle est très tardive. Nous pouvions donc supposer qu'elle se ferait plus tard, ou que la bénignité de l'éruption expliquait son absence. Nous observions d'autre part de l'œdème de la face et des urines albumineuses, mais l'on sait que l'albuminurie est une des complications habituelles de la scarlatine, qu'elle peut survenir chez des enfants qui n'ont été que légèrement touchés par cette maladie, que son importance n'est pas en harmonie constante avec l'intensité de l'affection primitive, qu'enfin elle se produit rarement avant le commencement de la seconde semaine à partir de la période prodromique, que souvent même on la constate seulement deux ou trois semaines plus tard. Nous ne trouvions donc rien dans le cas actuel qui nous semblât de nature exceptionnelle. L'albuminurie était un fait certain, et comme, si elle résulte quelquefois, chez les enfants, d'une néphrite primitive ou d'une néphrite consécutive à certaines cachexies et à quelques états pathologiques complexes, elle se rattache plus habituellement, pendant la période infantile, à une phlegmasie rénale consécutive elle-même à une scarlatine, nous avions d'excellentes raisons de penser qu'on ne nous avait pas trompés, et que nous étions en face d'une succession de phénomènes souvent observée.

L'albuminurie scarlatineuse guérit ordinairement, si l'on s'en rapporte aux statistiques données par Monod, Sanné et quelques autres pathologistes. Cependant elle a plus d'une fois amené une issue funeste, et on doit considérer son apparition comme un incident fort sérieux, surtout peut-être quand elle s'accompagne d'un œdème peu considérable, comme chez l'enfant dont il vient d'être question. C'est dans des cas de ce genre, en effet, qu'on a vu survenir d'habitude des accidents encéphalopathiques, parfois suivis de mort. La très petite quantité d'urine rendue me semblait aussi fort inquiétante, mais rien ne pouvait me faire prévoir un dénouement foudroyant, et je crois qu'on a rencontré très peu de faits analogues à celui-ci. C'est pour ce motif qu'il m'a paru très important de le signaler quoique, sous plusieurs rapports, il reste fort obscur.

Il ne nous est pas absolument prouvé ici que l'albuminurie soit d'origine scarlatineuse. L'autopsie ne nous a même révélé que des lésions rénales légères, paraissant dépendre d'une affection brightique peu avancée dans son évolution. Les autres détails de la nécropsie sont insuffisants pour expliquer un brusque arrêt de la vie. On a dit que la dilatation aiguë du ventricule gauche, consécutive à son hypertrophie, pouvait survenir à la suite d'une scarlatine et tuer rapidement le malade; mais il n'y avait ici qu'une surcharge graisseuse de l'organe central de la circulation, trop peu considérable pour qu'il fût logique de lui attribuer une mort subite, chez un jeune sujet assez fortement constitué, qui ne présentait pas de dyspnée, chez lequel il n'existait ni cachexie ni état pléthorique, et qui ne semble pas avoir succombé avec des phénomènes analogues à ceux de l'angine de

poitrine. Nous n'avons rencontré d'ailleurs, ni dans l'état des poumons, ni dans celui de l'encéphale, une interprétation plus satisfaisante que dans celui du cœur ou des reins.

Le malade a péri, suivant toute apparence, par suite de l'accumulation, dans son organisme, des principes qui n'étaient plus détruits et éliminés par la sécrétion urinaire, puisque les fonctions rénales étaient presque supprimées. Ce jeune garçon est mort par auto-intoxication urémique ou urinémique, si l'on veut employer l'expression dont vient de se servir si heureusement le professeur Peter dans sa très intéressante communication à l'Académie de médecine. Cette imprégnation de l'économie par des éléments toxiques, que la suppression de l'émonction rénale a engendrés, donne ordinairement lieu à des phénomènes précurseurs à l'aide desquels nous aurions pu pressentir la catastrophe prochaine. Ces troubles ont fait défaut ici, ou leur physionomie trop indécise m'a empêché de les apprécier à leur juste valeur; car, si mon pronostic a été très réservé, c'est uniquement à cause de la très petite quantité d'urine expulsée. Mais il s'agissait d'un garçon de 12 ans, très peu communicatif, et à cet âge, d'ailleurs, on est presque toujours incapable de rendre compte à l'observateur de symptômes subjectifs aussi obscurs et aussi difficiles à analyser que ceux de l'urémie. La question était donc à peu près insoluble et l'on ne peut nous reprocher de ne l'avoir élucidée qu'à moitié.

Je terminerai ces considérations par une courte remarque : en pareille occasion, le régime lacté, les médicaments diurétiques seront toujours indiqués en premier lieu, et c'est ce traitement que j'ai institué ici; mais, si je me trouvais de nouveau vis-à-vis d'un fait analogue à celui-ci, j'essayerais sans hésitation d'appeler aussi à mon aide une diaphorèse abondante en pratiquant des injections sous-cutanées avec un sel de pilocarpine, et je regrette sincèrement de ne pas m'être, de prime abord, servi de ce moyen dans les circonstances que je viens de raconter.

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Annales de gynécologie. Archives de tocologie. — Octobre, novembre, décembre 1885.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — OCTOBRE 1885.

Du diabète dans ses rapports avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse, par le docteur LECORCHÉ, médecin des hôpitaux. — Le diabète s'observe surtout chez la femme aux deux périodes extrêmes, avant la puberté, après la ménopause. La vie menstruelle paraît créer à la femme une certaine immunité contre le diabète. Cependant, l'affection se rencontre assez souvent chez les femmes réglées. M. Lecorché l'a observé dans un tiers des cas, *et alors l'affection est plus grave*. Après la ménopause, la maladie a d'ordinaire une allure torpide, une forme atténuée, une marche lente. Au contraire, pendant la vie menstruelle, les symptômes sont accusés, la glycosurie et la polyurie abondantes. Quant au diabète prémenstruel, c'est le plus aigu et le plus redoutable de tous. Donc, chez la femme comme chez l'homme, l'intensité et l'acuité du diabète sont, sauf exceptions, en raison inverse de l'âge.

Le diabète détermine dans les fonctions de l'appareil utéro-ovarien des perturbations plus ou moins profondes soit au point de vue de la menstruation, soit au point de vue de la grossesse ou de l'accouchement. Le docteur Lecorché étudie d'abord les lésions locales en insistant sur celles qui sont des manifestations propres du diabète.

A. *Éczéma vulvaire.* — Il constitue la plus fréquente des manifestations. On ne l'observe guère que sur les femmes âgées et chez les sujets prédisposés à l'eczéma; la localisation aux parties génitales s'explique par le contact de l'urine sucrée. L'urine agit probablement moins par la glycose qu'elle contient que par les produits de fermentation qui s'y développent. Le raclage des parties enflammées fait constater la présence des spores ovales de la levûre alcoolique.

Si on considère l'eczéma comme un phénomène du début du diabète, c'est qu'il représente souvent le signe révélateur de l'affection; mais l'interrogatoire apprend que la polyurie, la soif, l'amaigrissement, la perte des forces existaient avant ce prétendu phénomène initial.

Trois symptômes caractérisent l'eczéma vulvaire diabétique : le prurit, l'éruption, un suintement parfois très abondant.

Le prurit précède toute manifestation cutanée, et peut exister seul pendant longtemps. Il est parfois intolérable, s'exaspère durant la nuit, augmente ou diminue suivant les variations d'intensité de la glycosurie. Il commande l'examen des urines au point de vue de la recherche du sucre.

L'éruption, offrant les caractères ordinaires de l'eczéma, rougeur diffuse intense semée de vésicules petites, nombreuses, opalines, lactescentes, débute au niveau des parties en contact incessant avec l'urine. Il est sec d'abord; mais les malades se grattant à cause de la démangeaison, un suintement survient. La peau s'épaissit et se fissure; les surfaces, d'un rouge vineux, sont couvertes d'un enduit horriblement fétide. De petits abcès, des furoncles, des anthrax peuvent se produire. L'irritation peut se propager au vagin, au col utérin, à l'urèthre, déterminant alors d'incessants besoins sans que la quantité des urines explique cette miction répétée. Les diverses névralgies, faciale, dentaire, intercostale, coïncident souvent. La sciatique est la plus commune de ces névralgies.

B. *Métrite granuleuse; granulations et altérations du col.* — L'action de la glycosurie peut se porter sur le système muqueux au lieu du système cutané. Granulations pharyngées, granulations du col utérin, bronchites à répétition.

Lorsque la métrite du col coïncide avec l'eczéma vulvaire, on peut admettre et constater la propagation; mais lorsque les granulations s'observent indépendamment de toute inflammation vulvaire, on ne saurait invoquer le contact du liquide urinaire.

Des ulcérations remarquables par leur persistance accompagnent parfois les granulations. Cette persistance fit soupçonner et rechercher le sucre chez deux malades du docteur Lecorché.

La métrite granuleuse peut donc servir à dévoiler un diabète ignoré. Chez quelques malades à diabète intermittent, les granulations se modifiaient en bien ou en mal, suivant les variations de la glycosurie.

Influence du diabète sur la menstruation. — Le diabète produit la dysménorrhée et l'aménorrhée. Une ménopause prématurée peut être l'effet d'un diabète ignoré. Les règles peuvent reparaître après disparition du sucre. Les métrorrhagies chez une diabétique indiquent une affection utérine coïncidante, mais ne relèvent pas directement du diabète.

Influence du diabète sur la grossesse et l'accouchement. — D'après certains auteurs, le diabète rend la femme stérile. Six observations du docteur Lecorché sont en opposition avec cette loi. Donc la femme diabétique est apte à concevoir. Lorsqu'elle ne conçoit pas, il faut accuser bien plus les lésions utérines, en relation avec le diabète, que le diabète lui-même.

Les six malades accouchèrent à terme, mais les enfants furent au moins frêles et délicats. Le premier mourut deux jours après sa naissance; un autre mourut au vingt et unième mois hydrocéphale avec polydipsie excessive sans sucre dans les urines. Un troisième, venu au monde avec une hydrocèle double, est également hydrocéphale et ne vivra pas. Le docteur Lecorché conclut que le diabète porte une atteinte profonde au produit de conception, altère sa nutrition, abrège ses jours et détermine des vices de développement, en particulier l'hydrocéphalie.

Les conclusions de Duncan, dans son travail sur le diabète puerpéral, sont conformes à celles du docteur Lecorché, Le diabète constitue un danger, surtout pour le fœtus. Hydramnios fréquent ; infiltrations hydropiques. L'hydrocéphalie n'est pas spécialement mentionnée. L'influence sur l'accouchement paraît nulle.

Action de la grossesse et de l'accouchement sur le diabète. — Nous ne trouvons pas dans l'extrait du travail du docteur Lecorché de renseignements sur la première de ces actions, mais on peut conclure de l'immunité habituelle de la mère, signalée dans le paragraphe précédent, que le diabète reste à peu près stationnaire. Par contre, l'accouchement a la plus singulière des influences. Le sucre diminue ou disparaît dans les jours qui suivent, comme il diminue après les règles, puis le diabète reparaît; et il ressort des observations de Duncan et du docteur Lecorché que la maladie s'aggrave au point de déterminer la mort en quelques semaines ou quelques mois. Donc, en définitive, il est fâcheux qu'une diabétique devienne enceinte.

Le docteur Lecorché fait un rapprochement ingénieux entre la glycosurie physiologique des femelles en lactation et le diabète; il montre que cette glycosurie n'est jamais cause du diabète, et que le moment où elle se montre est justement celui où le diabète semble disparaître. Nous serions curieux de savoir si les malades du docteur Lecorché ont essayé de nourrir, car c'est précisément lorsque l'allaitement est suspendu que le sucre se montre dans l'urine.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE 1885.

Nouvelles considérations sur la dilatation prœfœtale de la vulve accompagnées d'une étude sur la formation et la rupture de la poche des eaux, par le docteur Léon Dumas, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Montpellier. — A propos de la petite manœuvre obstétricale décrite par lui il y a deux ans, jugée favorablement en principe par quelques accoucheurs, le professeur de Montpellier développe longuement ses idées sur la formation et la rupture de la poche des eaux. Ce travail est encore incomplet. Mais M. Dumas se propose de reprendre plus tard le sujet, et, la clinique aidant, de donner la démonstration pratique de ses ingénieuses théories. La formation et la rupture de la poche des eaux soulèvent, en effet, quantité de problèmes intéressants qui ont exercé de tout temps la sagacité des accoucheurs. Nous croyons qu'on arrivera à leur solution par les observations faites au lit des parturientes. Il en est peut-être qui sont déjà résolus.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — SEPTEMBPE ET OCTOBRE 1885.

Des cystocèles avec ou sans chute de l'utérus, compliquées de calculs, par M. Varnier, interne des hôpitaux. — Un cas de procidence de l'utérus et de la vessie, compliquée de la présence de neuf pierres volumineuses dans la cystocèle, a décidé M. Varnier à faire quelques recherches sur ce sujet. Elles ont été faites avec le plus grand soin. Aux 9 observations du mémoire publié en 1864 par Leroy d'Etiolles, l'auteur a réuni 21 observation publiées et 6 cas postérieurs à 1864. De cet ensemble, il a essayé de tirer l'histoire de l'affection calculeuse compliquant les cystocèles vaginales. L'historique occupe la plus large place dans ce consciencieux travail.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — DÉCEMBRE 1885.

Traitement des kystes para-ovariques, par le docteur Terrillon, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Après avoir résumé l'histoire de la question, et montré que l'origine de ces kystes est fort discutée, les uns les faisant venir des tubes de Rosenmüller, les autres d'ovules égarés, d'autres d'ovaires surnuméraires, M. Terrillon déclare que les origines sont probablement variées, et réserve le nom de parovariques, aux kystes à liquide limpide non filant nés du corps de Rosenmüller. Ce sont les plus fréquents. Suivant le docteur Terrillon, on a confondu le kyste du parovaire et d'autres productions qui n'étaient en somme que des kystes ovariques enclavés dans le ligament large. En effet, certains auteurs, Lawson Tait, en particulier, ont affirmé

que les caractères classiques du liquide n'étaient pas constants, et que la paralbumine elle-même pouvait s'y rencontrer.

Née dans l'aileron de la trompe, la tumeur englobe celle-ci et l'allonge dans certains cas, au point qu'elle mesure 25 centimètres. Si le kyste se développe du côté de l'utérus, il l'immobilise. On l'a vu se diriger en arrière et se mettre en rapport avec l'S iliaque. L'utérus peut être compris dans les parois du kyste.

La proportion des kystes parovariques aux kystes ovariques est de 4 à 7 pour 100, sans qu'on puisse affirmer l'exactitude de ces chiffres.

Ni la grosseur ni les fonctions sexuelles n'ont d'influence sur leur développement.

Le pronostic est d'ordinaire bénin ; lenteur d'évolution ; pas de retentissement sur l'état général.

Que penser de la ponction comme traitement de ces tumeurs ? On a cru pendant longtemps qu'elles guérissaient toutes de cette façon, mais les observations ont été publiées trop tôt, et plusieurs des femmes que l'on croyait définitivement débarrassées ont vu leur tumeur se reformer. Ces poches kystiques peuvent rester vides et latentes pendant un temps très long. Spencer Wells a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune femme morte d'accident, à laquelle il avait pratiqué plusieurs mois auparavant une ponction pour un kyste paraovarique. Il trouva la poche vide ratatinée, mais intacte, et toute préparée à se remplir de nouveau.

Voici les conclusions du docteur Terrillon :

1° Les kystes paraovariques dont le liquide est limpide, non filant, sans paralbumine récidivent souvent après l'évacuation totale de leur contenu ; 2° cette récidive ordinairement lente, et pouvant se faire attendre trois ou quatre ans et même davantage, peut se faire après quelques mois seulement ; 3° l'espace de temps qui sépare l'évacuation de la récidive simule une guérison complète, et a trompé ceux qui ont publié trop hâtivement les observations ; 4° la récidive est plutôt la règle que l'exception ; 5° quelques exemples bien nets prouvent cependant que la guérison définitive après une ou plusieurs ponctions peut avoir lieu ; 6° on doit donc toujours pratiquer la ponction ; 7° l'ablation complète ou incomplète s'impose après la récidive. Elle donne une mortalité inférieure à 15 pour 100 ; 8° l'injection iodée est grave et quelquefois mortelle ; donc l'ablation lui est préférable.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1885.

De la rupture centrale du périnée, par le docteur CHARPENTIER, professeur agrégé. — Le docteur Charpentier a réuni un nombre considérable de perforations centrales du périnée à propos d'un fait observé à la clinique de la Faculté. En voici la relation succincte :

La femme R..., entre à la clinique dans le service du professeur Pajot, suppléé par M. le docteur Charpentier. Elle présente des traces manifestes de scrofule.

Cette femme est primipare et à terme. La tête du fœtus est profondément engagée. OIGA. Le périnée extrêmement profond forme une sorte de poche. Il est très long et lorsqu'on fait rapprocher les aines de la femme, on aperçoit une notable portion de la fente vulvaire qui se trouve ainsi, suivant l'expression du docteur Boissard, orientée en avant et en haut.

L'accouchement a lieu le 6 septembre. Un instant avant la sortie de la tête, le périnée mesurait 13 centimètres de long. Il était souple, mais mince. Suivant l'habitude de la clinique, on le soutenait d'une main, de l'autre on empêchait le dégagement brusque de la tête. Au moment de ce dégagement, la sage-femme constata que le coude avait traversé le périnée. Le bras fut dégagé de cette perforation et l'accouchement terminé.

La perforation était centrale ; sphincter intact. Pont de 6 centimètres entre la perforation et la commissure postérieure de la vulve. A ce niveau existait un de ces thrombus miniatures assez fréquents chez les primipares.

Douze heures après l'accouchement, M. Charpentier ferme la perforation au moyen de fil de catgut. La section est faite en surjet, comme on coud un sac ; on commence par la profondeur et on finit par la superficie. Le fil est ininterrompu. On noue ses

deux extrémités. L'opération est faite sous un jet de liqueur de Van Swieten dédoublée.

Guérison radicale.

Le chef de clinique, M. le docteur Stapfer, fait suivre cette observation des considérations suivantes :

« Ce fait prouve une fois de plus que la courbe de Carus est une démonstration géométrique plutôt qu'une réalité. La région fœtale, comme l'a dit le professeur Fabbri (de Bologne), et comme l'observation attentive de tout accoucheur le prouve, descend directement vers le coccyx en suivant l'axe du détroit supérieur et sortirait devant l'anus, si la sangle périnéale ne résistait pas, repoussant la tête vers l'orifice vulvaire, en la défléchissant.

« Chez la femme, sujet de cette observation, le périnée formait une poche profonde, les tissus étaient de mauvaise nature, peut-être décollés et, par conséquent, moins résistants, comme le prouve l'existence du thrombus de la commissure postérieure. Le coude, au lieu d'être refoulé contre les parois thoraciques et maintenu par le retrait du périnée, après le dégagement de la tête, s'est trouvé libre dans la poche périnéale. Une contraction est survenue, et la main venant buter contre le cou ou le thorax, l'avant-bras a fait l'office d'une tige rigide, qui s'est dirigée en droite ligne vers l'anus et dont l'extrémité pointue, le coude, a traversé les parties molles au devant de l'anus. » (Stapfer.)

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — DÉCEMBRE 1885.

Correspondance. — Une singulière erreur, par le docteur E. VALLIN. — Un jeune homme, fraîchement émoulu de l'École, où il avait obtenu des distinctions honorifiques et des médailles, est envoyé par son père, médecin, auprès d'une femme en travail. Au toucher, il trouve l'orifice de l'utérus non dilaté. Il attend une heure, et comme il ne se produit aucun changement, il fait une application de pommade à la belladone, et essaye de faire la dilatation par l'introduction des doigts. Au bout d'une heure, ne trouvant encore aucune dilatation, il s'inquiète et vient demander l'assistance de son père; mais, avant son retour, l'expulsion de l'enfant était terminée. Le père fit un examen attentif, et trouva l'anus de l'enfant rouge et élargi, abondamment taché de cérat belladoné. Le jeune médecin avait eu affaire à une présentation du siège et avait confondu l'anus de l'enfant avec l'orifice utérin.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — DÉCEMBRE 1885.

De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales, par le docteur H. PINARD, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière, et H. VARNIER, interne du service. — On ne peut, à l'aide d'irrigations vaginales et intra-utérines, aussi fréquentes que possible, mais intermittentes, répondre aux exigences de la méthode antiseptique. Le peut-on à l'aide de l'irrigation continue? Le docteur Pinard n'hésite pas à l'affirmer avec preuves à l'appui. Le travail du docteur Pinard et de M. Varnier n'étant pas terminé dans le numéro de décembre, nous l'analyserons dans notre prochaine *Revue*, avec le soin qu'exige une aussi importante question. — Dr STAPFER.

BIBLIOTHÈQUE

NOTES SUR QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE ROYAT, par M. le docteur FREDET. — Paris, 1885; Chaix.

Ces faits ont été recueillis pendant une longue pratique. Ils méritent l'attention, car ils ont pour observateur un clinicien aussi habile que consciencieux. Les uns sont relatifs au diabète et aux diabétides, à l'anémie et au lymphatisme, c'est-à-dire à des maladies de misère physiologique; les autres à des formes d'arthritisme viscéral, asthme, bronchites, pharyngo-laryngites et catarrhes. Enfin, M. Fredet a encore observé les bons effets des eaux auprès desquelles il exerce contre le vaginisme et les varices. La

brochure de notre confrère a la valeur d'un document clinique, document intéressant à consulter, mais aussi rebelle à l'analyse critique par sa nature même de document.

C. L. D.

NOTE SUR QUELQUES CAS DE PLEURÉSIE CHRONIQUE TRAITÉS PAR LES EAUX DU MONT-DORE, par M. le docteur E. PERCEPIED. — Paris, 1885; Delahaye.

La médication thermale des pleurésies chroniques est bien peu connue et rarement pratiquée. M. Percepied entend y satisfaire au moyen des eaux du Mont-Dore. Ses tentatives ont été heureuses. Il conseille donc de les prescrire contre la pleurésie chronique avec épanchement modéré, qu'elle soit chronique d'emblée ou bien consécutivement à une pleurésie aigaë, contre celles où les exsudats plastiques sont stationnaires et sans tendance à la résolution ; enfin dans les cas de pleurite adhésive. Par contre, il repousse ce traitement quand l'épanchement est abondant ou purulent, quand les exsudats sont anciens et quand il existe une affection cancéreuse ou osseuse. Aux sujets vigoureux, il prescrit les douches locales de liquide ou de vapeur et les demi-bains chauds; aux anémiques, il fait administrer des bains ou des demi-bains tempérés et des inhalations chaudes. M. Percepied combat encore l'état local et modifie heureusement l'état général. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1886. — Présidence de M. TRÉLAT.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Auguste Voisin, pour la section d'anatomie pathologique; de M. le docteur Fournier (d'Angoulême), pour le titre de membre correspondant.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Crouzat. (Accepté.)

3° Une note de M. le docteur Podart (d'Indre-et-Loire) sur la mortalité des enfants en bas âge.

M. Armand GAUTIER, à l'occasion du procès-verbal et de la note de M. Béchamp, lue dans la dernière séance par M. le Secrétaire perpétuel, déclare qu'il ne veut pas suivre M. Béchamp dans la voie où il est entré dans cette note. Que M. Béchamp apporte des faits précis, au lieu d'affirmations sans preuves et de récriminations passionnées, et alors il y aura lieu de lui répondre.

M. RICHE présente, au nom de M. Tanret, pharmacien, une brochure intitulée : *Étude sur les principes immédiats de l'écorce d'oranges amères.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dépose sur le bureau le troisième volume de ses *Leçons de clinique thérapeutique*, traduites en anglais.

M. GARIEL met sous les yeux de ses collègues un appareil pour l'éclairage des liquides permettant de voir par transparence les objets que ces liquides tiennent en suspension.

M. BROUARDEL présente, de la part de M. le docteur Maurice Laugier, l'article VIABILITÉ. (Extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*)

M. LARREY présente : 1° au nom de M. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, un volume intitulé : *Traditions et réminiscences populaires en Provence;* — 2° de la part de M. le docteur Lanoaille de Lachèse, une brochure intitulée : *Tarassis, troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'histoire.*

M. VERNEUIL dépose sur le bureau : 1° de la part de M. le docteur Jeannel et de M. Laubanié (de Toulouse), une brochure intitulée : *Recherches sur le rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathogénie de la septicémie;* — 2° de la part de M. M. Jeannel, une brochure intitulée : *Blessures et maladies chirurgicales du cou;* —

3° de la part de M. Bertoye, interne des hôpitaux de Lyon, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude des microbes de l'ostéomyélite infectieuse;* — 4° en son propre nom, le quatrième volume de ses *Mémoires de chirurgie : Traumatisme et complications.*

M. le président Trélat présente de la part de M. le docteur Pozzi, le premier volume des Mémoires et travaux du premier Congrès de chirurgie. — Il saisit cette occasion d'engager les médecins et les chirurgiens à prendre part en grand nombre, au deuxième Congrès, qui doit s'ouvrir le 18 octobre prochain.

— M. Pasteur a la parole pour une communication intitulée : *Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure,* que nous publierons dans le prochain numéro.

La communication de M. Pasteur est accueillie par plusieurs salves d'applaudissements.

M. Guéniot a la parole pour la continuation de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

« La doctrine microbienne, dit-il en terminant, en nous revélant le mécanisme et la genèse d'un grand nombre de contagions, s'est montrée tellement féconde en déductions pratiques, qu'il paraît impossible de méconnaître ses immenses bienfaits. C'est grâce à elle que s'est accomplie, en obstétrique et en chirurgie, la plus grande découverte thérapeutique qui ait jamais été faite.

« C'est, en effet, grâce aux méthodes antiseptiques, que ces deux branches de la médecine générale se peuvent aujourd'hui pratiquer avec une sécurité et des succès que nos devanciers n'eussent jamais osé espérer.

« Sans doute la doctrine des microbes ne saurait tout expliquer; la médecine proprement dite n'a pu tirer encore de ses enseignements tout le fruit attendu. Aussi devons-nous saluer avec bonheur la théorie naissante des alcaloïdes animaux, car celle-ci, probablement, jettera bientôt la lumière sur les points jusqu'ici restés obscurs. Mais ce n'est pas en rivale de son aînée qu'elle doit se présenter à nous. Il y a place brillante pour les deux; les bienfaits de la première ne se comptent plus, la seconde est riche d'espérances. Nées sur le même sol, toutes deux sont glorieuses pour notre pays. Qu'elles vivent en paix ! » (Applaudissements.)

— Ici se place une communication de M. de Ranse, que des nécessités imprévues nous obligent à remettre au prochain numéro.

M. Hervieux communique à l'Académie un travail dans lequel il combat la doctrine de l'immunité des femmes enceintes à l'égard de la septicémie puerpérale, doctrine émise par M. Charpentier dans la séance précédente. M. Hervieux s'appuie sur les relevés statistiques qu'il a fait connaître à l'Académie dans la séance du 5 novembre 1884, relevé d'où il résulte que le nombre des accouchements prématurés, observés à la Maternité, a toujours été en proportion directe de la mortalité des femmes en couches, c'est-à-dire de l'intensité des épidémies puerpérales.

Des observations personnelles de M. Hervieux, il ressort, en outre, que le toucher pratiqué sur les femmes enceintes, dans les grandes épidémies, par les élèves chargées de soigner les accouchées malades a été la cause de contaminations, qui provoquaient l'accouchement prématuré et souvent même une septicémie puerpérale consécutive. De plus, lorsqu'il régnait à la Maternité une épidémie de pleurésies puerpérales ou d'érysipèles, les femmes grosses en étaient atteintes et accouchaient prématurément.

M. Hervieux invoque encore, pour compléter sa démonstration, les conséquences graves auxquelles exposent chez les femmes enceintes les opérations et les affections chirurgicales. Il cite à ce propos de nombreuses observations qui prouvent que ces sortes d'affections et ces opérations peuvent engendrer l'érysipèle, l'infection purulente, l'interruption du cours de la grossesse et la mort.

Si la doctrine de l'immunité des femmes enceintes était acceptée, il faudrait renoncer à tous les moyens de préservation dont nous entourons les femmes gravides; l'Académie ne peut accepter la responsabilité des conséquences de cette théorie.

M. Guéniot, répondant à un point du discours de M. Hervieux, dit qu'une femme enceinte peut subir la contagion de la fièvre puerpérale, mais à la condition seulement qu'il y ait une porte ouverte (écorchures, fistule à l'anus, plaies, etc.). D'ailleurs, suivant M. Guéniot, les femmees enceintes ne sont pas plus exposées que les autres aux complications résultant des opérations chirurgicales.

M. Charpentier objecte à M. Hervieux que la méthode de l'antisepsie dans les accouchements, n'existant que depuis dix ans environ (1876), les observations antérieures à cette époque ne peuvent pas être considérées comme ayant une valeur sérieuse au point de vue de la discussion actuelle.

M. Hervieux répond que ce né sont pas toujours les femmes malades ou déprimées qui contractent la fièvre puerpérale, mais souvent, au contraire, les femmes fortes et robustes, sans que l'on puisse expliquer la contagion par un traumatisme quelconque.

— La séance est levée à cinq heures.

Thèses pour le doctorat soutenues devant la faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1884-1885.

Schmitt (Joseph) : Du traitement opératoire de l'hydarthrose. — François (Jules) : Contribution à l'étude des plaies de l'œsophage. — Hagen (Alfred) : Contribution à l'étude du coma diabétique. — Sadoul (Louis) : De la durée de l'immunité consécutive aux vaccinations anti-charbonneuses. — Devaux (Armand) : Etude sur l'antipyrine. — Aubry (Georges) : Contribution à l'étude de la coca du Pérou et de la cocaïne. — Boiteux (Georges) : Contribution à l'étude de l'anesthésie cutanée chez les aliénés. — Sacquin (Auguste) : De l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de la grossesse. — Beaucard (Edmond-Joseph) : Du cathétérisme rétrograde. — Lecompte (Florent) : Considérations cliniques sur la résection ostéoplastique du pied d'après le procédé de Wladimiroff. — Lalitte (Charles-Jules) : Des kystes dermoïdes des doigts. — Haut (Eugène) : De l'influence réciproque du diabète et du traumatisme. — Marlier (Auguste) : Contribution à l'étude des hémiplégies bilatérales par lésions cérébrales symétriques. — Bastien (Léon) : Contribution à l'étude de l'épithélioma du talon. — Villiers (Jean-Henri) : Des terminaisons du phlegmon prévésical (cavité de Retzius). — Lorin (Maurice) : Le microscope et les altérations des substances alimentaires. — Cherpitel (Charles) : Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. — Thirion (Edmond) : Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme. — Plique (Marcel) : De la lypémanie comme symptôme de la paralysie générale. — Vautrin (Alexis) : Etude sur les kystes de l'ovaire interligamentaires. — Guntzburger dit Kinsbourg (Anatole) : Contribution à l'étude des polypes utérins à apparition intermittente. — Guibal (Antoine-René) : Contribution à l'étude clinique du jéquirity.

La Commission des thèses, après avoir entendu le rapport de M. Hecht et en avoir délibéré, a accordé le prix des thèses à M. Vautrin, et des mentions honorables à MM. Marlier, Devaux, Lalite et Beaucard.

FORMULAIRE

Pommade contre la séborrhée. — E. Vidal.

Soufre précipité	15	grammes.
Huile de ricin	50	—
Beurre de cacao	12	—
Baume du Pérou	2	—

Mélangez le soufre et l'huile de ricin, incorporez le beurre de cacao à une douce chaleur, et ajoutez en dernier lieu le baume du Pérou. — Du reste, on peut, selon la saison, modifier les proportions relatives d'huile et de beurre de cacao, afin d'obtenir une pommade plus ou moins ferme. — Onctions matin et soir, sur le cuir chevelu, dans le cas de séborrhée sèche, qu'on confond à tort avec le pityriasis. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans l'article de M. Ch. Eloy sur *la pathogénie et la médication phosphorée du rachitisme*, n° du 27 février, p. 329, lignes 5, 13 et 15, au lieu : *phosphore 1 gramme*, lisez : *phosphore 1 centigramme*.

— Par décret, en date du 20 février 1886, M. Macé de Lépinay est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Marseille.

— M. le professeur Cornil est nommé membre de la commission chargée d'étudier l'organisation et les conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine et de proposer un règlement général réorganisant ce service, en remplacement de M. le professeur Jaccoud, non acceptant.

— Le Conseil municipal de Paris vient de voter une somme de 4,500 francs pour l'établissement d'une statistique complète de l'épidémie cholérique de 1884-1885.

— L'instruction suivante, relative aux précautions à prendre pour arrêter le développement de la tuberculose pulmonaire, a été adoptée par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine dans sa séance du 19 de ce mois :

« L'agent le plus actif de la transmission de la tuberculose réside dans les crachats. Ceux-ci ne doivent donc être projetés ni sur le sol ni sur les linges, où ils se transforment en poussières dangereuses. En conséquence, il faudra recommander aux malades de cracher dans des vases contenant de la sciure de bois. Ces vases seront vidés au moins une fois par jour et lavés à l'eau bouillante. Leur contenu sera jeté au feu et brûlé.

Dans les grandes agglomérations (écoles, ateliers, casernes, hôpitaux), on devra veiller à l'application de ces mesures.

En cas de location d'une chambre garnie longtemps habitée par un phthisique et surtout en cas de décès, il sera nécessaire de désinfecter au soufre la chambre et la literie, comme il a été indiqué dans la précédente instruction, notamment dans celle concernant la rougeole. Les vêtements des phthisiques ne seront utilisés par d'autres personnes qu'après avoir été lessivés ou passés dans une étuve à vapeur. »

— En exécution d'une décision du Conseil municipal et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, la laïcisation du personnel des Enfants assistés a été décidée, et le préfet de la Seine a pris un arrêté aux termes duquel cette mesure aura son effet à partir du 1er avril.

Muséum. — M. Brongniart (Charles-Jules-Edme), est nommé préparateur près la chaire de zoologie (arachnides, insectes et crustacés), en remplacement de M. Moleyre, décédé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Weiss (de Nancy), décédé à Paris dans sa soixante et unième année. Après l'annexion, le docteur J. Weiss avait quitté sa clientèle de Sarrebourg pour venir se fixer à Nancy.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret, en date du 20 février 1886, M. Garnier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Ecoles vétérinaires. — Par arrêté ministériel, M. le professeur Chauveau est nommé inspecteur général des Ecoles vétérinaires de France.

M. le professeur Arloing est nommé directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, en remplacement de M. Chauveau, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — MM. Albertin et Condamin sont délégués, à titre provisoire, dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de MM. Vallas et Rochet, appelé à d'autres fonctions.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : La fièvre typhoïde traitée par les bains froids. — II. L. Pasteur : Sur les résultats de la nouvelle méthode préventive de la rage par l'inoculation après morsure. — III. Revue des Journaux : Variations du poids du corps dans les maladies. — Etiologie de la dysenterie. — Influence du miasme palustre sur l'évolution de la variole. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids (1).

Un des motifs qui ont le plus contribué à retarder les progrès de la méthode de Brand en France, et qui l'ont empêchée d'être sainement et justement appréciée dans l'esprit des praticiens, aussi bien que dans les jugements sommaires rendus du haut de tribunes qu'on eût pu croire autorisées, une des raisons de la lenteur de son expansion au delà du foyer qui l'accueillit de l'étranger, la soumit au contrôle d'une expérimentation sévère, et la consacra définitivement par une pratique unanime, c'est le défaut d'une source d'information précise, complète, sûre, de laquelle l'opinion eût pu se réclamer pour approfondir dans leur ensemble les visées, les moyens, les résultats de la méthode, en dehors des cas particuliers et des renseignements isolés seuls offerts, jusqu'ici, à sa curiosité.

Le livre de Brand n'a point été traduit ; on a pu regretter cette lacune. A notre avis, il est préférable, pour l'avenir de la thérapeutique qu'il préconise, qu'elle n'ait pas été comblée. Comme tous les novateurs, Brand a pensé compromettre, par l'exagération du langage et l'inflexibilité de sa pratique, le succès de sa cause. L'enthousiasme du ton et l'allure autoritaire, procédés de composition ou accent spontané de la conviction, peuvent servir puissamment, au moment psychologique, la vulgarisation d'une thèse et le développement d'une idée ; il s'agit avant tout de frapper les indifférents et d'entraîner les indécis. Plus tard, l'impulsion donnée et le résultat atteint, on aurait mauvaise grâce de reprocher à l'auteur ce qui a précisément été l'instrument de sa réussite ; mais on se gardera également de présenter son langage de la première heure comme répondant exactement à sa pensée. La traduction du livre de Brand eût donc été à cette heure un anachronisme, et c'est évidemment pour cette raison que le seul d'entre nous qui eût qualité pour en entreprendre la tâche, ne s'y est point résolu.

Il y avait mieux à faire ; loin de négliger l'immense enseignement que vingt-cinq années d'expérience ont accumulé en Allemagne, il y avait à pratiquer sur cet amas d'indigestes matériaux un travail d'intelligente sélection ; à mettre en évidence, à côté des principes dont s'inspire le traitement hydrothérapique de la fièvre, la forme sous laquelle il semble définitivement fixé ; à nous montrer quelles profondes racines il a poussé dans le milieu où, en France, il s'est acclimaté, et quels succès persistants nous permettent d'envisager aujourd'hui avec confiance le pronostic de la terrible pyrexie. C'est ce livre que MM. Tripier et Bouveret viennent de nous donner et dans lequel ce programme est consciencieusement et brillamment rempli.

***

Les deux auteurs ont réuni les résultats de leur pratique *hospitalière* qui

(1) R. Tripier et L. Bouveret, 1886. — Paris, Baillière, in-8°, 641 pages.

remonte, pour l'un d'eux, à 1874. Remarquons que la méthode de Brand ne peut s'employer, dans un hôpital civil, que dans des conditions désavantageuses pour son crédit. Sans prendre à la lettre l'axiome de Brand, d'après lequel toute fièvre typhoïde traitée dès le début doit guérir à coup sûr, on sait pertinemment que l'intervention rapide est l'élément décisif pour le succès. Or, si la clientèle privée, si la pratique militaire permettent de compter sur cet appoint, il n'en est pas de même de la catégorie de malades qui réclament l'assistance dans nos hôpitaux généraux, à une date toujours fort éloignée du début, du huitième au douzième jour, et souvent beaucoup plus tard. De plus, à Lyon, lors de l'introduction de la méthode, dans la période de tâtonnement et d'essai, on réserva exclusivement les bains aux formes les plus graves de la maladie, à des cas traités sans succès par les médicaments ou abandonnés à l'expectation pendant une et même deux semaines. M. Tripier, pendant l'épidémie de 1874, avait même pris la direction d'un service affecté au traitement exclusif de la fièvre typhoïde par les bains froids et dans lequel on évacuait des autres salles les malades restés rebelles aux médications communes. Cette périlleuse épreuve ne fut cependant rien moins que défavorable à la méthode; *tous* les malades, au nombre de quinze guérirent sans exception. Si ce chiffre ne fut pas dépassé, c'est que, l'expérience ayant bien vite démontré qu'une installation très simple permettait l'application de la méthode dans toutes les salles de médecine indistinctement, le maintien d'un service et d'un personnel spécial fut jugé inutile.

Une véritable sélection a donc réellement rendu plus difficile la tâche du bain froid. On peut encore s'en convaincre en considérant que 76 cas, sur le total des 233 observations qui servent de base à la statistique de Tripier et Bouveret, appartiennent aux formes les plus graves de la maladie. Or, les formes intenses n'existent jamais dans la proportion du tiers des cas observés dans le cours d'une même épidémie ou dans la succession des cas que les révolutions d'une endémo-épidémie soumettent en plusieurs années à l'observation d'un médecin. En dépit de ces éléments d'aggravation, la mortalité totale a été de 20 cas, soit 8,5 pour 100. Il est évident qu'aucune méthode, jugée sur ses résultats dans un semblable esprit de rigueur et d'honnêteté scientifique, ne peut supporter la comparaison. Et, nous insistons, ce chiffre est un maximum; il ne figure dans cette statistique aucune de ces fébricules qui eussent pu fournir au bain froid, en vérité, les éléments d'un succès facile : 76 malades graves ont pris chacun de 80 à 200 bains; 97 formes moyennes ont nécessité de 40 à 80 bains; 70 formes légères, 40 bains au maximum.

MM. Bouveret et Tripier étudient successivement les effets physiologiques du bain froid, ses indications et ses contre-indications, sa technique détaillée, la diète alimentaire, les complications et les accidents de convalescence, réduits au minimum, comme on sait; les conditions particulières de l'application dans les différents milieux, l'hôpital civil ou militaire, la clientèle privée, la pratique urbaine ou rurale.

*
* *

Dans ces différents chapitres, très nourris, où les auteurs font preuve du meilleur sens clinique, le médecin qui n'a pas une expérience suffisante du bain froid trouvera des données précises et formelles sur la conduite à tenir dans les cas particuliers. Il pourra constater tout d'abord que le trai-

tement hydrothérapique, échappant à un reproche capital, n'est pas cette pratique empirique applicable d'une façon uniforme et aveugle à toutes les fièvres typhoïdes indistinctement. Il apprendra que des contre-indications sans réplique naissent, par exemple, de la péritonite, de la perforation, de l'hémorrhagie tardive, accidents, il est vrai, que le bain froid a le plus souvent la vertu de conjurer; que certaines fièvres typhoïdes hypothermiques développées chez des individus surmenés (ainsi qu'il arrive au soldat en campagne) réclament tout d'abord, comme Strube et Brand l'ont déjà conseillé, une combinaison déterminée du bain tiède et de l'affusion; que certains procédés de ménagement sont à observer chez l'enfant et le vieillard, etc., etc.

Un chapitre bien instructif est celui des statistiques. On verra, par exemple, la mortalité diminuer à l'hôpital de la Croix-Rousse à mesure que la médication hydrothérapique est appliquée avec plus de rigueur, de 26,2 à 16,9; puis, dans ces quatre dernières années, à 7,3 p. 100. En Allemagne, une des plus convaincantes est celle d'Abel, pour le corps d'armée de Stettin, où la mortalité a été réduite successivement de 14,2 à 7,4 et à 4,6 p. 100. Même répétition à l'hôpital militaire de Munich, où l'atténuation de la mortalité ne s'observe que dans le service où la méthode est appliquée. A Stralsund, de 1877 à 1881, 300 typhoïdes ont fourni 2 décès, soit 0,6 p. 100.

Autour de Lyon, dans ces quelques dernières années, les épidémies de Toiry, de Curis, de Saint-Germain et de Neuville (1885) n'ont pas donné une mortalité de 4 p. 100 (exactement 3,62). L'histoire de ces épidémies de campagne est vraiment intéressante à plus d'un titre. Les faits produits par MM. Rondet et Grabinski montrent, après tant d'autres, le caractère parfaitement pratique de la médication dans les plus pauvres intérieurs et comme il est facile de triompher des préjugés du paysan le moins éclairé. Les résultats immédiats et tangibles des premiers bains frappent au plus haut point l'entourage où on trouve aussitôt des auxiliaires zélés et convaincus, et la rapidité et la facilité de ces cures font vite à la ronde, autour de la médication, la plus efficace et la plus justifiée des réclames. On voit alors les malades se mettre spontanément à l'eau, devançant l'avis du médecin, aux premiers symptômes suspects. Bien plus, dans l'épidémie toute récente de Neuville, plusieurs malades ont été traités par l'eau froide, dans leur famille, sans le concours d'aucun médecin; le fait est avéré. A Saint-Germain, c'est une mère qui, fuyant le foyer épidémique avec son fils, un petit garçon de 3 ans 1/2, va se réfugier à 50 lieues de là, au fond de la Vaucluse, où l'enfant tombe malade dès l'arrivée. Un médecin diagnostique la fièvre typhoïde; au lieu d'exécuter ses prescriptions banales, elle demande un thermomètre, et, sous les yeux du confrère stupéfait, commence l'enveloppement mouillé; pendant quatre jours, la température ne quitte pas les plus hauts sommets, 41°; l'enfant délire; il est sans connaissance; elle va passer au grand bain froid quand l'hyperthermie cède; s'en tenant aux applications froides fréquemment renouvelées, elle guérit l'enfant en quinze jours.

*
* *

Pourquoi cette assurance et cette audace? C'est que la mère, trois ans auparavant, avait eu un premier enfant malade, et qu'elle avait appris, en même temps qu'à connaître le mal, à appliquer le remède. Tout est là:

il faut avoir vu par soi-même, il suffit d'avoir été témoin des résultats obtenus par le bain froid pour être animé de l'étincelle de cette foi qui renverse les montagnes. Certes, le livre que nous présentons ici se recommande par les plus sérieuses et les plus solides qualités de netteté, de sincérité, d'autorité clinique. Eh bien, le dirons-nous? Malgré sa force de démonstration, nous compterions infiniment plus, pour ramener les hauts suffrages qui sanctionnent les thérapeutiques et consacrent les réputations, sur ce que pourraient en apprendre à un juge impartial quarante-huit heures d'observation personnelle et de constatations *de visu* dans un service de la Croix-Rousse ou de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

C'est dans ce milieu, c'est en face de ces baignoires, où on plonge un mourant et d'où sort un convalescent, que se forment des convictions comme celle qui inspirait M. Daniel Mollière dans les circonstances critiques dont il faut lire au long le récit tout ému. En août 1885, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu venait s'installer en Suisse avec son fils, âgé de 5 ans 1/2, qui, dès Genève, manifestait un malaise inquiétant. Les symptômes s'accentuaient, dès le lendemain, pendant une excursion dans la montagne. On était arrivé, au bout de deux heures, à près de 2,000 mètres d'altitude, au pied d'une cascade qui sort des glaciers. L'enfant, solidement fixé sur son âne, avait le regard hébété, l'haleine fétide, la peau brûlante, répondant à peine aux questions. Le père, qu'une selle diarrhéique, la langue sèche et une insomnie absolue tenaient déjà en éveil, ne doute plus de la fièvre typhoïde. Son parti est vite pris; il se déshabille, déshabille l'enfant et tous deux se plongent, pendant deux ou trois minutes, dans le torrent qui charriait des glaçons. L'enfant en sortit transformé et redescendit seul, gaiement, à pied. Ce n'était malheureusement qu'une détente; la nuit est très mauvaise, les symptômes se confirment; un nouveau bain froid est donné dans un torrent voisin de l'hôtel. On rentre à Genève; la température, qu'on peut prendre pour la première fois, atteint 40°8; plusieurs bains sont administrés, et on profite du calme qu'ils procurent pour revenir à Lyon, où un bain, commandé par dépêche, attend le petit malade. Le traitement hydrothérapique est sévèrement continué; après chaque bain, l'enfant mangeait, demandait ses jouets, puis deux heures après retombait dans un état comateux dont le bain le faisait immédiatement sortir. Il a parfaitement guéri et, moins de trois semaines après, venait reprendre en Suisse la villégiature interrompue.

La seule constatation des résultats fournis par le bain froid fait plus qu'inspirer une foi robuste; elle vous pousse irrésistiblement à propager la bonne nouvelle; le néophyte passe vite à l'apôtre. C'est pour avoir été témoin des succès de Brand, appliquant sa méthode sur les malheureux soldats français captifs à Stettin, que M. Franz Glénard s'est voué tout entier à sa vulgarisation; c'est à sa persévérance qu'on en devra, en France, le triomphe définitif, et on peut dire que c'est l'avoir créée une seconde fois que d'être parvenu à la faire prévaloir contre toutes les oppositions et tous les obstacles. C'est dans le même esprit de prosélytisme éclairé que MM. Bouveret et Tripier ont écrit ce beau livre d'enseignement et de combat; c'est dans le même entraînement d'une conviction née de l'expérience personnelle et d'une observation de tous les jours, que le signataire de ces lignes a voulu apporter ici l'expression d'un sincère témoignage.

R. LONGUET.

Sur les résultats de la nouvelle méthode préventive de la rage par l'inoculation après morsure.

Par M. L. PASTEUR.

Dans la séance du 26 octobre 1885, M. Pasteur avait déjà eu l'honneur d'entretenir l'Académie de ses premiers essais relatifs à la possibilité d'empêcher le développement ultérieur de la rage chez des individus mordus par des animaux atteints de cette maladie, en les soumettant à une série d'inoculations graduées qui avaient pour but de rendre leur organisme réfractaire à l'action ultérieure du virus. Dans cette première communication, il put citer un certain nombre de faits qui semblaient déjà très démonstratifs en faveur de sa méthode. Or depuis ce moment, c'est-à-dire depuis quatre mois à peine, les faits se sont accumulés en nombre si considérable et ils se présentent avec un tel caractère de précision que la question semble jugée et la cause des inoculations préventives définitivement gagnée. C'est ce qui ressortira de l'exposé succinct de ces faits.

Tout d'abord M. Pasteur croit devoir rappeler ceux qui ont été le sujet de sa première lecture à l'Académie. Les personnes mordues auxquelles ils se rapportent, notamment le jeune Jupille et le jeune Meister, sont aujourd'hui parfaitement bien portantes. L'épreuve qui a duré quatre mois peut être considérée comme suffisante et tout porte à croire que ces personnes sont désormais à l'abri des accidents que le nombre et la profondeur de leurs morsures semblaient devoir rendre inévitables. Mais, dans cet intervalle, un très grand nombre d'individus sont venus, dans des circonstances semblables, demander des soins à M. Pasteur, au point que ce nombre s'élève aujourd'hui, 1er mars, au chiffre respectable et suffisamment éloquent de 383. Incidemment il y a lieu de remarquer combien un pareil chiffre est de nature à modifier les idées généralement admises relativement à la fréquence des accidents de ce genre. Jusqu'à présent on les considérait comme rares, exceptionnels, opinion fausse, comme on le voit, mais qui s'explique par des raisons individuelles et surtout par l'intérêt que les familles ou l'entourage des personnes mordues avaient à faire le silence autour de la véritable nature du mal dont étaient atteints les animaux incriminés, silence dont on devine la cause dans le désir d'épargner aux victimes une appréhension et des angoisses que l'opinion publique a toujours considérées comme favorables au développement de la maladie.

Quoi qu'il en soit, M. Pasteur a soumis tous ces individus à sa méthode des inoculations successives, avec l'aide de collaborateurs zélés, parmi lesquels il est heureux de citer M. le docteur GRANCHER. Tous ces cas ont été enregistrés et font le sujet d'un tableau statistique dressé avec la plus rigoureuse exactitude.

Pour écarter toutes causes d'erreurs, et notamment celles qui pourraient résulter de renseignements donnés à faux ou sous l'empire d'une frayeur non justifiée, M. Pasteur a exigé de chaque personne un certificat signé d'hommes spéciaux, vétérinaires, médecins, et attestant, avec toute la garantie scientifique désirable, l'existence de la rage chez les animaux auteurs des morsures. Il n'a fait d'exception que pour un petit nombre d'individus que la frayeur a portés à demander ses soins. Il a eu soin aussi, volontairement et de parti pris, d'écarter tous ceux qui, ayant subi les attaques d'animaux enragés, n'avaient pas eu leurs vêtements complètement traversés par les dents de ces animaux, et chez lesquels, en conséquence, il n'existait pas d'effraction de la peau suffisante pour donner passage au virus. Enfin, pour un assez grand nombre d'autres cas, on a pu avoir la preuve expérimentale de l'existence de la rage chez les animaux incriminés, par l'inoculation à des cobayes et à des lapins de virus ou de substance cérébrale prélevée sur eux. On sait que, dans ces conditions, la rage se développe toujours chez les animaux inoculés, quand celui qui a fourni le tissu inoculé était réellement atteint de la rage. On ne saurait certes exiger de preuve plus convaincante.

M. Pasteur croit devoir citer un grand nombre de ces faits, en rappelant brièvement les principales circonstances spéciales à chacun d'eux. L'un est particulièrement intéressant par la gravité des lésions dont la victime a été atteinte. Il s'agit d'un jeune garçon qui fut attaqué le 30 novembre dernier par un chien hydrophobe. Les morsures

portaient principalement sur la face et notamment sur la lèvre supérieure. Elles s'accompagnaient d'un délabrement considérable et faisaient craindre, par leur étendue et leur profondeur, qu'il fût impossible de sauver la victime. Enfin le chien avait été reconnu manifestement enragé par un vétérinaire compétent. Or, tous les individus soumis à la méthode préventive, ont présenté la même immunité. On n'a eu à enregistrer qu'un seul insuccès, observé chez une petite fille mordue en plusieurs points d'une manière cruelle, notamment à la face, et qui d'ailleurs ne vint que tardivement solliciter le soins nécessaires. Chez cette enfant, les accidents hydrophobiques se déclarèrent onze jours après la fin du traitement préventif.

Ici, une grave question se présente : Doit-on mettre le développement de la rage, dans ce cas malheureux, sur le compte des morsures du chien, ou bien faut-il incriminer les inoculations elles-mêmes? Pour la résoudre, on eut recours à l'expérimentation ; des fragments de substance cérébrale furent prélevés, *post mortem*, sur le cerveau de l'enfant, puis inoculés à des lapins; ces animaux sont devenus rabiques et leur moelle inoculée à une autre série de lapins, a également amené chez ceux-ci le développement de la rage. Si l'on se reporte au temps écoulé depuis la morsure du chien jusqu'à l'apparition des accidents, et si l'on tient compte, d'autre part, du temps habituellement nécessaire à l'incubation de la rage, il n'y a plus de doute possible, c'est bien à la blessure faite par l'animal que le développement de celle-ci est imputable.

— En ce qui concerne les inoculations elles-mêmes, l'expérience a montré qu'elles sont inoffensives, qu'elles ne comportent aucune complication locale et aucune suite fâcheuse. Pas de traces de phlegmons, de lymphangites, de gangrènes, ainsi qu'il a été noté, pour d'autres genres d'inoculation. Et quant au résultat principal, au résultat que la méthode vise essentiellement, c'est-à-dire la prophylaxie des accidents rabiques chez les personnes mordues, la statistique va montrer par comparaison que le résultat est absolument satisfaisant, que le but est pleinement atteint. En effet, jusqu'à ce jour, la statistique pour cinq années consécutives des cas de rage humaine développée dans le cours de chacune de ces années, donnait une moyenne de 1 cas de rage sur 6 personnes mordues. Donc, jusqu'à présent, sur 6 individus placés dans les conditions de développement de la maladie, 5 seulement échappaient à ses atteintes. Or, sur les 350 individus soumis jusqu'à ce jour à la méthode Pasteur, il n'y a eu qu'un seul cas de rage éclose malgré les inoculations, et on a vu plus haut dans quelles conditions défavorables ce cas s'est présenté. Les autres sont restés indemnes jusqu'à ce jour, et ceux qui sont retournés dans leur pays tiennent M. Pasteur au courant de l'état de leur santé, qui n'a pas cessé d'être satisfaisante jusqu'à ce jour. Si l'on se rappelle à ce propos que le délai maximum pour l'éclosion des accidents rabiques est de deux mois, et si l'on réfléchit que ce délai est de beaucoup dépassé pour la plupart des personnes inoculées, on arrive à conclure que la nouvelle méthode a fait ses preuves et qu'elle se présente désormais avec un caractère de certitude dans les résultats qui défie toute objection.

Maintenant, cette méthode devra être généralisée et appliquée sur une échelle beaucoup plus vaste qu'il n'a été fait jusqu'à présent. Pour cela, il serait nécessaire de créer un établissement spécial, sorte d'établissement vaccinal, qui serait exclusivement consacré à la pratique des inoculations antirabiques. C'est le vœu que M. Pasteur émet en terminant sa mémorable communication, qui est accueillie par d'unanimes applaudissements.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Sur les variations du poids du corps dans les maladies, par le docteur G. Astegiano. (*Gazz. delle Cliniche*, 1885, n° 16.) — Trois causes dans l'état sain peuvent modifier le poids du corps :

1° L'ingestion des aliments et l'évacuation des excréments;
2° L'adolescence et l'époque de la vie correspondant à la vieillesse;
3° Les exercices violents et prolongés.

L'auteur a porté ses observations dans l'état pathologique sur 312 sujets de l'Ecole militaire de Modène, atteints de processus fébriles.

Dans 119 cas de fièvres éphémères, la perte du poids a été proportionnée à la continuité de la fièvre plus qu'à son intensité, et a été plus grande chez les individus bien musclés que chez les obèses.

Il en a été de même dans l'angine catarrhale (88 cas) et dans la pneumonie, la pleurésie, le typhus, où certains sujets ont perdu jusqu'à 14 kilogrammes.

Dans les fièvres malariques, les malades ont diminué de 4 à 5 kilogr. après deux ou trois accès, 1 kilogr. en moyenne par accès, alors que le thermomètre marquait 40-41°. Dans la fièvre due à un processus local de suppuration, les pertes ont été encore plus fortes. La syphilis a entraîné également une déperdition appréciable de poids dans le début; il n'en a plus été de même dans les autres périodes, et l'équilibre s'est rétabli comme avant l'infection.

Sur l'étiologie de la dysenterie. — Note préventive de MM. les docteurs Condorelli-Mangeri et S. Aradas. (In *Rivista internazionale di medicina e chirurgia*, n° 12. — Une grave épidémie de dysenterie s'étant déclarée à Catane, dans le courant du mois de juin de l'année dernière, des recherches furent entreprises au cabinet de microscopie et de chimie cliniques de l'hôpital Victor-Emmanuel par MM. les docteurs Condorelli et Aradas, afin de trouver la cause de la maladie. Ces efforts furent couronnés de succès, car, après de minutieuses analyses et de nombreuses expériences sur les animaux (cobayes), les auteurs ont pu conclure, avec une grande apparence de certitude, que la dysenterie était occasionnée par la présence d'un bacille non encore décrit qu'ils ont constamment retrouvé dans les fèces des cadavres, dans l'air des salles d'hôpitaux où des dysenteriques étaient réunis; enfin, dans l'eau de deux puits de la ville qui avait servi exclusivement aux usages alimentaires des malades du voisinage. Pour cette raison, ils ont proposé d'appeler le nouveau bacille, *bacille de la dysenterie*. Cet élément morbide mis en culture s'offre à la vue sous forme de colonies globuleuses, d'une coloration blanc-jaunâtre, constituées par de tout petits cordons; au microscope, ces colonies se présentent comme étant formées par les longs filaments de ce bacille disposé en chaîne très longue. De nouvelles expériences vont être faites pour contrôler ces premières recherches déjà si conclantes; nous en reparlerons à l'occasion.

Influence du miasme palustre sur l'évolution de la variole. — Note clinique de M. le docteur D'Ortensio (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 2. — Février.) — En automne dernier, la variole ravageait les Abruzzes, faisant de nombreuses victimes. Mais, en même temps que ce génie malfaisant s'efforçait de décimer les populations, le miasme paludéen sembla appeler à la rescousse, du fond de leurs antres marécageux, le ban et l'arrière-ban de ses microbes pour lutter contre le nouvel envahisseur.

Il est un adage nosologique qui veut que là où une maladie infectieuse règne en maîtresse, toutes les autres se taisent et s'inclinent. C'était le cas de vérifier le fait. M. le docteur D'Ortensio l'a compris. Il retrace le tableau de l'envahissement de la variole sur un de ses malades et le développement chez ce varioleux, quelques jours plus tard, d'un accès typique de paludisme. Les papules varioleuses étaient bien poussées sur la poitrine, le dos et les membres; mais, sous l'influence de l'accès de fièvre, elles s'affaissèrent et, en quelques heures, disparurent complètement. Quelques doses de quinine eurent raison des accès, mais, ceux-ci guéris, la variole reparut comme devant et parcourut tous ses stades avec la plus grande régularité. D'autres cas semblables furent observés et présentèrent tous les mêmes phénomènes, ce qui montre bien l'antagonisme des germes infectieux entre eux. Est-ce pour cette raison que les habitants des pays à malaria, qui sont presque tous sous l'influence des effluves marécageuses, ne sont jamais tuberculeux? *Chi lo sa!*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er mars 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

Avant trois heures, les banquettes réservées au public sont garnies d'auditeurs, et les places qui devraient être réservées à la presse sont occupées par des messieurs à lunettes d'or et à cheveux blonds, d'origine évidemment étrangère.

— Qu'y a-t-il donc ? — M. Pasteur doit faire une communication sur la rage.

— Ah ! tant mieux ! mais comment le sait-on ?

— Le *Figaro* l'a annoncé hier.

— Ah ! tant pis.

La communication de M. Pasteur a été, en effet, le *clou* de la séance, pour parler l'argot des gens de théâtre. Mais comme cette communication a été faite le lendemain, mardi, à l'Académie de médecine et que, par conséquent, les lecteurs la connaissent, je me bornerai à quelques remarques à son sujet.

D'abord, je dois dire qu'en présence d'un résultat aussi merveilleux : un seul cas de mort et 350 guérisons, l'enthousiasme de l'Académie a éclaté, et que tout le monde s'est associé à l'émotion de M. Jurien de la Gravière, félicitant son confrère, M. Pasteur.

M. Vulpian s'est fait aussi l'interprète des sentiments de tous, en disant l'importance et la portée de la découverte pastorienne, et en provoquant les explications de son confrère, au sujet de la fondation d'un établissement vaccinal contre la rage.

M. Pasteur reprenant la parole a exposé que parmi les 350 mordus, traités par lui et guéris, se trouvaient des personnes de toutes les nationalités. Il a cité, des Belges, des Italiens, des Espagnols, des Hongrois, des Russes, des Algériens, des Américains du Nord, etc. (Entre parenthèses, il n'a pas été fait mention d'Allemands. Est-ce que nos vertueux voisins aimeraient mieux mourir enragés que de se faire traiter par un Français ?) — L'établissement à créer devra donc être international. M. Pasteur a reçu déjà des sommes relativement considérables de donateurs, soit français, soit étrangers ; il est certain qu'il en recevra encore..... A ce moment, M. de Freycinet se lève, et dit que le président du Conseil ne croit pas trop s'aventurer en se portant garant de la participation de l'Etat, à cette œuvre nécessaire. (Applaudissements.) — Cet établissement sera fondé à Paris, parce que c'est dans cette ville seulement, que l'on peut maintenant recruter un personnel convenable. Il y a aussi la question de l'outillage. Ce n'est pas de longtemps qu'on en pourra fonder un en province, et, à plus forte raison, à l'étranger. En attendant que cela se fasse, l'établissement de Paris suffira pour la province, pour les Etats de l'Europe et pour l'Amérique du Nord.

L'Amérique du Sud, les pays de l'Extrême-Orient, etc., trop éloignés pour envoyer leurs malades à Paris, en temps utile, devront aviser. Quant à l'Australie, il n'y a pas de rage, et à moins, dit M. Pasteur, qu'on n'y porte un animal enragé, il n'y en aura pas, « attendu que la rage n'est jamais spontanée ».

Évidemment, pour M. Pasteur, encore irrité des doctrines hétérogénistes, le mot « spontané » n'a pas la même signification que pour le vulgaire ; ou bien il possède des données spéciales sur la façon dont notre monde s'est construit, et surtout dont il s'est meublé. Mais ce n'est pas quand il remporte une si magnifique victoire qu'il faut s'attacher aux étrangetés d'un raisonnement qui nous surprend toujours. C'est l'heure des actions de grâces et des exaltations, car la guérison de la rage est une grande chose !

Il s'agit de la faire passer le plus vite possible dans la pratique et d'en rendre les bienfaits facilement accessibles à tous. Le nombre des demandes d'admission s'accroit chaque jour : il était de 350 au 25 février ; il est de 385 le 1er mars. Il n'y a donc pas une minute à perdre, et M. Bertrand propose de nommer une commission qui, cette fois, par extraordinaire, sera chargée de hâter l'événement. Elle fera les démarches indispensables ; elle se mettra en rapport avec MM. les gouverneurs de la Banque de France et du Crédit foncier qui déjà ont fait les offres les plus gracieuses de service à

M. Pasteur; elle provoquera les libéralités, soit dans notre pays, soit à l'étranger, car il n'est pas douteux que l'étranger ne veuille participer, dans une large mesure, aux frais d'un établissement dont il profitera, et dont il a déjà profité autant que nous. Bien que M. le Président ait dit à ce propos que la France était assez riche pour payer sa gloire, ce n'est pas une raison pour que les nations voisines ne lui témoignent pas effectivement leur reconnaissance.

Dans l'établissement vaccinal qu'il s'agit de fonder, il devra être installé un laboratoire de recherches où l'on arrivera, — tout permet de l'espérer, — aux mêmes résultats pour la diphthérie et peut-être pour la tuberculose, que ceux auxquels on est arrivé pour la rage.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de mécanique, en remplacement de M. Tresca.

Par l'organe de son doyen, M. Philipi, la section présentait la liste suivante de candidats : En première ligne, M. Marcel Deprez; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Kretz, Léauté, Sarrau.

Sur 52 votants, majorité 27, M. Marcel Deprez obtient 36 suffrages, MM. Léauté et Sarrau, chacun 6, et M. Kretz, 4.

En conséquence, M. Marcel Deprez est nommé.

— L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à la désignation d'un candidat à la place de membre du Bureau des longitudes, en remplacement de M. Serret.

Sur 47 votants, M. Cornu ayant réuni 38 suffrages, contre 7 bulletins blancs, et 2 voix données à M. Résal, et nommé candidat de l'Académie.

Voici deux semaines que M. Chevreul, contrairement à ses habitudes, n'assiste pas aux services de l'Académie. M. Bertrand s'en est inquiété et il est allé prendre des nouvelles du vénérable doyen de la Compagnie. Il a été reçu par M. Chevreul fils, qui l'a assuré que son père, atteint d'une bronchite fort légère, n'offrait rien d'inquiétant, n'était son grand âge.

M. Janssen a été reçu, avant la séance, par le malade lui-même, qu'il a trouvé en bon état et sur le point de prendre une collation.

MM. Vulpian et Fremy voudront bien porter à M. Chevreul les témoignages d'affection de l'Académie et les vœux qu'elle forme pour son prompt rétablissement. — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

Suite de la discussion sur les microbes, les ptomaïnes et les leucomaïnes.

M. de Ranse, en soumettant à l'Académie quelques considérations de pathologie générale, ne vient attaquer ni défendre aucune doctrine; il a plus particulièrement en vue de dégager et de signaler quelques inconnues qu'il appartient aux bactériologistes de résoudre.

Laissant pour le moment de côté l'origine des microbes, M. de Ranse montre que la doctrine parasitaire des maladies infectieuses admet implicitement comme démontrées deux choses : 1° La fixité des espèces chez les microbes pathogènes; 2° un mode d'action uniforme de leur part pour produire la maladie. C'est sur l'examen de ces deux points que porte principalement sa communication.

Il passe successivement en revue les divers caractères par lesquels les microbes nous sont connus ou révélés et montre, par des citations et des exemples, que ces divers caractères sont essentiellement variables avec les conditions du milieu.

M. de Ranse insiste particulièrement sur la variabilité des propriétés pathogènes des microbes, variabilité dont l'atténuation des virus fournit une démonstration irrécusable. Il montre par des exemples, celui du typhus entre autres, comment la nature peut réaliser des transformations en tous points analogues à celles qu'on effectue expérimentalement dans les laboratoires. D'où il conclut comment on peut comprendre la spontanéité morbide, c'est-à-dire l'éclosion, sous l'influence de causes banales et d'une

déviation des actes nutritifs, d'une maladie infectieuse qui devient ensuite transmissible.

Abordant le mode d'action des microbes pathogènes, M. de Ranse cite un passage d'un travail qu'il a publié en 1868-1869 sur le *Rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies*, passage dans lequel il dit que ces proto-organismes peuvent agir de deux manières : soit à la façon de parasites, par leur développement et leur multiplication; soit comme de véritables principes toxiques, par les produits qu'ils sécrètent ou qu'ils engendrent. Ce qu'il émettait alors comme une simple induction de l'esprit a été confirmé expérimentalement par les recherches de MM. Gautier et Selmi.

Mais, de plus, ces travaux viennent de montrer que des maladies infectieuses peuvent naître et se développer sans l'intervention de microbes pathogènes, par une simple déviation des actes nutritifs, par une élimination incomplète des leucomaïnes qui se forment incessamment sous l'action de la vie intime des cellules.

« Les maladies infectieuses ne constituent donc pas une classe uniforme, homogène, comme tend à le faire admettre la doctrine parasitaire. Pour les unes, le microbe pathogène semble, en effet, se comporter comme un véritable parasite; pour les autres, il agit plutôt comme facteur d'une substance toxique; pour d'autres, enfin, sa préexistence et son intervention ne sont pas nécessaires. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 février 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Encombrement des hôpitaux. — Présentation de malades : Kyste hydatique du foie. Nodosités rhumatismales. — Rapport sur la contagiosité de la tuberculose.*

M. Gérin-Roze insiste sur l'encombrement de l'hôpital Lariboisière, déjà signalé par M. Siredey dans la précédente séance. Quatorze à seize brancards dans des salles de trente-quatre lits, constituent une entrave au traitement des malades, par insuffisance d'aération et de personnel. Il est urgent de pétitionner auprès de l'administration pour que la construction de baraquements pour les chroniques mette fin à cet état de choses.

M. Gérin-Roze présente ensuite un malade chez lequel la guérison d'un kyste hydatique du foie a été obtenue par une incision au thermo-cautère qui a permis l'évacuation de la poche kystique.

M. Guyot présente une malade, dans le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles de laquelle on sent de petites tuméfactions qui peuvent faire croire à des gommes. Mais le traitement anti-syphilitique n'a eu aucune action sur elle, au contraire le salicylate de soude les a fait notablement diminuer. Or cette malade est une rhumatisante. Ces tumeurs sont donc bien des nodosités rhumatismales. Elles s'étaient développées rapidement pour demeurer ensuite stationnaires.

M. Lailler ne considère pas ces nodosités rhumatismales comme très rares. Leur évolution rapide, la vive douleur qui signale leur apparition et la teinte légèrement ecchymotique, que prend la peau à leur niveau, les différencient des gommes.

M. Lailler croit qu'il faut se garder aussi de confondre avec les gommes cutanées des tumeurs qui apparaissent chez certains syphilitiques soumis à l'iodure de potassium. Elles siègent à la face profonde de la peau, déterminent quelques douleurs et un certain changement de couleur du tégument à leur niveau. Il suffit de supprimer l'iodure de potassium pour les voir disparaître.

M. Vallin a lu, au nom de la commission de phthisiologie, un rapport sur les résultats de l'enquête entreprise l'année dernière relativement à la contagiosité de la tuberculose. Il est peu honorable pour le corps médical que, sur 10,000 médecins auxquels la Société avait adressé son questionnaire, 83 seulement l'aient rempli et renvoyé. Les conclusions qui découlent d'un si petit nombre de réponses n'ont naturellement qu'une valeur bien relative.

Parmi les 83 médecins qui ont répondu, on trouve 57 partisans de la contagion, et 57 adversaires; 7 n'osent pas se prononcer et 2 ont écrit des réponses incompréhensibles.

Le nombre des observations fournies est de 439. Parmi celles-ci, 213 sont favorables à la contagion, 226 hostiles. Sur les 213 cas où la contagion est probable, celle ci s'est opérée :

107 fois entre conjoints; — 71 fois entre proches parents; — 18 fois des enfants aux parents; — 16 fois entre parents éloignés; — 1 fois d'homme à chien.

Dans la seconde et la troisième partie de son rapport, M. Vallin a examiné les circonstances dans lesquelles il y a lieu de rapporter la tuberculose soit à l'hérédité, soit à la contagion.

L'hérédité semble jouer un rôle dans la moitié des cas, à ne tenir compte que de l'hérédité directe des parents aux enfants; l'hérédité collatérale comme l'hérédité en retour ne peuvent être admises en ligne de compte en pareille matière; car, en tenant compte de ces deux formes d'hérédité, on peut arriver à démontrer l'hérédité de n'importe quelle maladie.

C'est plus fréquemment par la mère que par le père que s'opère l'hérédité tuberculeuse. La tuberculose par hérédité est plus précoce que la tuberculose par contagion.

En ce qui concerne l'influence de la contagion, on peut admettre qu'elle s'exerce à peu près 1 fois sur 10 dans les classes aisées, mais beaucoup plus souvent dans les classes pauvres, en raison de la promiscuité. Certains faits paraissent dénoter l'importation de la phthisie dans quelques localités isolées ou dans des îles.

Comme conclusions prophylactiques générales, M. Vallin insiste sur la nécessité d'interdire la communauté des lits entre conjoints, et de prescrire la désinfection de tous les objets qui ont pu être souillés par l'expectoration des malades, objets de literie, etc.

P. L. G.

FORMULAIRE

Thé de boeuf. — Ellis.

Coupez en petites tranches 400 grammes environ de bœuf de la plus belle qualité, débarrassé de la peau, de la graisse et des tendons. Introduisez ce bœuf dans un pot de terre, et versez dessus 500 gram. d'eau froide. Agitez, laissez reposer une heure, puis placez le vase dans un four à chaleur modérée, ou sur un bain-marie que vous ferez bouillir doucement pendant une heure. Passez le liquide dans un tamis moyen et laissez refroidir. — Avant de se servir de ce beef-tea, on doit le dégraisser complètement; on peut ensuite le chauffer au degré voulu, et y ajouter une petite quantité de sel. — Le thé de boeuf est recommandé aux convalescents et aux anémiques. — N. G.

COURRIER

Concours de l'agrégation de médecine. — La soutenance des thèses a commencé mardi, à cinq heures du soir, et a eu lieu, cette semaine, dans l'ordre suivant fixé par tirage au sort, ainsi que le nom des argumentateurs pour chacune d'elles :

Première séance. — Mardi 2 mars. 1° M. Brousse : De l'évolution sénile, argumenté par MM. Brissaud et Lannois. — 2° M. Chauffard : Des crises dans les maladies, argumenté par MM. Parizot et Gaucher.

Deuxième séance. — Mercredi 3 mars. 1° M. Boinet : Parentés morbides, argumenté par MM. de Beurmann et Lober. — 2° M. Dubreuilh : Des immunités morbides, argumenté par MM. Weill et Lemoine.

Troisième séance. — Jeudi 4 mars. 1° M. Sarda : Des migraines, argumenté par MM. Simon et Ballet. — 2° M. Chuffard : Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, argumenté par MM. Barth et Moussous.

Quatrième séance. — Vendredi 5 mars. 1° M. Dejerine : De l'hérédité dans les maladie

du système nerveux, argumenté par MM. Letulle et Grenier. — 2° M. Brissaud : Paralysies toxiques, argumenté par MM. Lannois et Chauffard.

Cinquième séance. — Samedi 6 mars. 1° M. Parizot : Pathogénie des atrophies musculaires, argumenté par MM. Gaucher et Boinet. — 2° M. de Beurmann : De la médication abortive, argumenté par MM. Lober et Dubreuilh.

Concours de l'agrégation (*section de chirurgie et accouchements*). — L'ouverture du concours a eu lieu le lundi 1er mars 1886, à cinq heures du soir. Après la constitution du jury on a procédé à l'appel des candidats inscrits.

La première épreuve (composition écrite) a eu lieu mardi 2 mars. La question donnée a été : « Décrire le crâne osseux, son développement, ses fonctions. »

La lecture des compositions a commencé mercredi, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Prazmowski, ancien professeur de physique à l'Académie médico-chirurgicale de Varsovie; il habitait Paris depuis 1870, où il dirigeait la maison Hartnack. Il a contribué au perfectionnement des microscopes et autres instruments de physique. — M. le professeur Seidlitz (de Dorpat), ancien professeur de clinique interne à Saint-Pétersbourg. — M. le professeur Streltzoff (de Charkoff), histologiste et embryologiste distingué. — M. Piton, à Maule (Seine-et-Oise). (*Progrès méd.*)

Faculté de médecine de Paris. — M. Fauvel (Henri) est chargé, pour un an, des fonctions de préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Karth, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Texier, professeur de pathologie interne, est maintenu pour trois ans, à dater du 30 janvier 1886, dans les fonctions de directeur de ladite école.

Société médico-pratique. — Séance du 8 mars 1886. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de MM. Barette, Huchard, Philbert et Dauchez, sur les candidatures de MM. Valude, Semmola, Chertier, Odin et Roustan. — 2. M. Dauchez : Note sur un cas d'aphasie chez un enfant méningitique. — 3. M. Liégeois : Histoire d'un déjeûner toxique (travail de candidature). — 4. M. Weber : Observation d'asystolie d'origine hépatique, et considérations sur son traitement (travail de candidature). — 5. M. Cadet de Gassicourt : Sur un cas de laryngite striduleuse.

Convocation de la commission des candidatures.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 8 mars 1886, à quatre heures très précises, au Palais de justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Élection de six membres correspondants nationaux. — 2. Rapport sur un candidat au titre de membre correspondant étranger. — 3. Discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — 4. Analyse par M. Bouchereau, d'une brochure de M. Closmadeuc, sur le *Procès des sorciers de Lorient*. — 5. Rapport de M. Brouardel, sur un cas de responsabilité médicale. — 6. Rapport de M. Descoust, sur un cas d'asphyxie par strangulation. — 7. Rapport verbal par M. Masbrenier, sur l'affaire des frères Pelzer (de Bruxelles).

Très employée dans toutes les anémies symptomatiques, la *liqueur de Laprade* à l'albuminate de fer fournit d'excellents résultats, parce que grâce à sa composition, à sa complète dissolution, le fer qu'elle contient est immédiatement assimilable et toujours très bien supporté par l'estomac.

ON DEMANDE pour un chef-lieu de canton important du Pas-de-Calais, un médecin actif. (*Docteur ou officier de santé*). Traitement fixe assuré, 1,000 francs, *susceptible d'augmentation*. Clientèle magnifique en peu de temps.

S'adresser à M. Carré, pharmacien à Houdain (Pas-de-Calais).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Lancereaux : Leçon de clinique médicale. — II. Bibliothèque : Les microbes, les ferments et les moisissures. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Paracelse et Van Helmont. — VI. Formulaire.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

LEÇON DE CLINIQUE MÉDICALE.

Examen au lit du malade ; thérapeutique, choix et dose du médicament.

Messieurs,

Le devoir d'un médecin placé à la tête d'un service qui ne compte pas moins de 115 lits, est, non seulement d'indiquer aux élèves, qui lui font l'honneur de le suivre, la façon suivant laquelle ils doivent interroger un malade, mais encore de les exercer aux différentes méthodes d'exploration physique, à l'aide desquelles ils peuvent arriver à limiter les organes, à reconnaître leurs désordres dynamiques ou matériels. Il faut encore, après avoir fait toucher du doigt les lésions des organes et montré les troubles fonctionnels qui en résultent, grouper tous les désordres, les coordonner, rechercher leur ordre de succession et d'évolution, leur subordination réciproque; puis, à l'aide de cet ensemble dont on a étudié avec le plus grand soin les nuances, établir le diagnostic de la maladie et de la cause, la plupart du temps unique, qui a engendré les diverses manifestations observées chez le malade. Ainsi, le diagnostic d'une maladie, pour être complet, comprend deux opérations de l'esprit bien distinctes, l'une, d'analyse, qui consiste dans l'examen des symptômes et des lésions ; l'autre, de synthèse, qui a pour effet le déterminisme de la maladie. Ces opérations terminées, la tâche du médecin n'est pas achevée ; il lui reste à en accomplir la partie la plus difficile, à savoir tirer de tout cet ensemble des indications pronostiques et thérapeutiques utiles, car tel est le but pratique vers lequel doit tendre la science médicale.

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT (1)

Dans le traité intitulé : *Archidoxa,* Paracelse cherche les mystères du microcosme, la manière de séparer les éléments, d'extraire les quintessences et les arcanes. L'art consiste à faire subir à la substance diverses opérations pour fixer la quintessence. Il dit aussi, dans un autre livre « Outre les essences dont j'ai fait mention dans les livres précédents, il existe une autre nature ou essence des corps qui est dite quintessence, ou, comme parlent les philosophes, accident élémentaire, ou encore, comme disent les anciens physiciens, forme spécifique. On l'appelle cinquième essence, parce que les trois premières en comprennent quatre; par conséquent, celle qu'on nomme ici cinquième est un accident élémentaire; sa nature n'est ni chaude, ni froide, et en dehors de toute complexion en elle-même. Un exemple nous fera mieux comprendre : la cinquième essence est la seule qui affermisse la santé; de même que, dans un homme, la force ou la santé est menée à bonne fin en dehors de toute complexion, ainsi la vertu est latente dans la nature. Car tout ce qui chasse les maladies n'est autre chose qu'une sorte de confortation, de même qu'on repousse un ennemi par la force » (*De gradibus et compositionibus receptorum ac naturalium*, III, 1). Les idées de Théophraste sur la quin-

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 janvier, 13 février et 2 mars 1886.

©BIU Santé

La connaissance exacte des désordres matériels et des troubles fonctionnels, celle de la nature de la maladie et de sa marche, sont les éléments qui doivent servir de base au pronostic; quant aux indications thérapeutiques, elles reposent sur une foule de circonstances, parmi lesquelles se placent d'abord la connaissance de la maladie et de son origine; de sa phase d'évolution, des désordres matériels et fonctionnels qu'elle a provoqués, et qui mettent l'existence dans un état de danger plus ou moins immédiat. C'est en tenant compte de ces différents éléments, que le médecin peut arriver à faire choix du moyen le plus approprié à la conservation de l'existence du malade et à la guérison de la maladie.

Je ne chercherai pas à vous faire comprendre les difficultés d'un tel programme et les anxiétés du médecin au chevet d'un malade en danger, je n'y arriverais pas. La pratique de la médecine et le désir de rendre service à vos semblables vous renseigneront plus tard sur tous ces points. Je vous dirai seulement que ces difficultés sont d'autant plus grandes que le médecin a une confiance plus grande en son art, qu'il connaît mieux sa puissance, malgré l'imperfection de sa science, et qu'il est plus intimement convaincu que, à part un petit nombre d'exceptions, il ne doit jamais désespérer même des causes les plus compromises. Combien de fois dans les cas les plus graves, n'avons-nous pas vu la situation s'améliorer et se prolonger, ou même une guérison définitive se produire?

Deux choses importent alors : une connaissance aussi exacte que possible de la physiologie de la mort, et de l'action des moyens thérapeutiques. Cette double connaissance conduit naturellement au choix du médicament; je m'exprime au singulier à dessein, car il y a toujours un agent à préférer, et, pour ne pas agir à l'aveugle, il faut le plus souvent se contenter de ce seul agent. Mais ce choix, qui repose sur une foule de données par l'âge, le sexe, les conditions d'hygiène, la nature et la phase de la maladie, ne suffit pas encore; la dose, dont paraissent trop peu se préoccuper nos thérapeutistes, n'a pas moins de valeur. Oui, la dose, sachez-le bien, est une chose essentielle pour réussir dans le traitement des maladies! Un

---

tessence rappellent ce que Galien disait de certains médicaments qui agissent, non par leurs propriétés élémentaires, mais par toute leur substance. Paracelse devient à peu près incompréhensible dans ses degrés et calculs des poids entre la maladie et le médicament. Les partisans de l'homœopathie pourront réclamer Paracelse pour un ancêtre. « Sachez que les choses de la nature ne sont pas graduées, quant à la dose, dans un rapport exact avec la maladie; mais chacune de ces choses a son degré égal à sa maladie correspondante; c'est le degré de la dose... Du reste, dans les choses de la nature et dans les maladies, il y a de chaque côté un degré..... Il faut surtout chercher l'égalité entre la maladie et le médicament.... La quantité de la maladie montre la quantité de la dose; en conséquence, le médecin doit savoir quel est le poids de la maladie, car il faudra un poids équivalent pour remède. On administre le poids, non le degré; c'est là le principe à l'aide duquel on trouve la dose.... Quand la maladie est arrivée à l'égalité, il en résulte aussitôt que la nature guérit ce qui lui est contraire. » (*De gradibus*, etc., VI, 1 et 2.) On lit ailleurs « que l'action d'un médicament dépend non de la quantité, mais de la vertu ».

Théophraste employait les substances les plus actives, les poisons minéraux, et il leur devait des succès, mais aussi des revers qui lui étaient sévèrement reprochés. Il répond à ses adversaires : « Les médecins inhabiles et ignorants me poursuivent encore de leurs clameurs en disant que mes recettes sont des poisons, des corrosifs et un extrait de toutes les malignités toxiques de la nature. Pour repousser cette accusation, je leur demanderais, au cas où ils fussent eux-mêmes capables de répondre,

exemple entre beaucoup d'autres vous fera comprendre l'importance de ces deux points :

Il y a dix ans environ, je fus appelé en toute hâte, dans un hôtel de la place Vendôme, auprès d'un jeune Américain de 7 ans, que je trouvai étendu sur son lit dans un état de décoloration cadavérique, sans respiration, et qui, en raison de sa pâleur et d'un certain degré de gonflement du cou, me parut avoir succombé à une attaque de croup.

Je me disposais à partir, quand m'adressant à la mère pour savoir ce qui était arrivé à son fils, il me fut répondu que celui-ci s'était bien porté jusqu'au déjeûner, et que, depuis une heure seulement, il était tombé malade. Entendant ces paroles, je m'approchai de l'enfant, je le flagellai assez fortement, ce qui exaspéra un peu la mère ; mais, sans tenir compte de ses remontrances, je l'engageai à me faire donner de l'eau fraîche, et je projetai à plusieurs reprises cette eau sur la figure de l'enfant. Alors seulement je vis la poitrine se soulever : c'était une inspiration. Profitant de ce mouvement, je me mis à pratiquer la respiration artificielle. Un certain degré de coloration du visage ne tarda pas à remplacer le teint cadavérique de mon petit malade, mais, bientôt après, survinrent des convulsions cloniques, une attaque d'éclampsie des plus violentes, durant laquelle se produisit une cyanose effrayante qui fut bientôt remplacée par une pâleur mortelle et un état de mort apparente. Avec l'aide de deux médecins, je continuai la respiration artificielle, mais la même série d'accidents se produisait environ tous les quarts d'heure; aussi le malade paraissant menacé d'une mort par asphyxie, mes confrères proposèrent de lui pratiquer la trachéotomie. Sachant par la mère que ce jeune garçon s'était jusque-là bien porté, et que partant il n'avait aucun désordre matériel de l'encéphale, j'en arrivai à croire à l'existence de convulsions réflexes. Je pensai que pour combattre ces convulsions le mieux était d'employer un agent qui par son action sur le centre médullaire parvînt à arrêter les convulsions. Le bromure de potassium, le chloral et la morphine étaient dans la catégorie des médicaments que je cherchais. Mais, comme il était à peu près impossible

---

d'abord s'ils savent ce qui est poison et ce qui ne l'est pas, ou si aucun mystère de la nature ne se cache dans le poison... Celui qui dédaigne le poison ignore ce qui se cache dans le poison. En effet, telle est la bénédiction et l'efficacité de l'arcane du poison, que le poison lui-même ne peut rien en enlever, ni y ajouter... Vous savez que la thériaque est tirée du serpent vipère : pourquoi donc n'attaquez-vous pas votre thériaque qui contient le venin de ce serpent ? Maintenant, si ma médecine est comme la thériaque, pourquoi la rejeter uniquement parce qu'elle est nouvelle ?... Tout est poison et rien n'existe sans poison... Si le bien peut produire le mal, le bien peut aussi naître du mal... Quant à mes recettes, remarquez seulement que tout ce que j'emploie dans leur composition contient un arcane qui sert à expulser ce qui est contraire. Voyez aussi comment je procède : je sépare ce qui est arcane de ce qui ne l'est pas et j'assigne à l'arcane lui-même la dose fixée. Il me paraît maintenant certain que j'ai suffisamment défendu mes recettes; ce n'est que par jalousie que vous les calomniez, leur préférant les vôtres, quoiqu'elles ne soient bonnes à rien. Si votre conscience était loyale, vous vous abstiendriez désormais de cette manière d'agir (*Paragranum. Responsiones et refutationes, etc.*, tom. II, Defensio III, p. 121-123). »

A côté des médicaments spagyriques ou chimiques, Théophraste admettait que les maladies se guérissent par les sortilèges, les talismans; il propose pour découvrir les vertus spécifiques des remèdes, ce qu'il appelle la signature des choses. Les partisans des sciences occultes, dont nous allons bientôt parler, désignaient par là certaines marques, figurées ou colorées, indiquant les propriétés de ces substances : les taches

BIU Santé

d'user des deux premiers dans l'état où se trouvait le malade, je dus donner la préférence au dernier, qui d'ailleurs ne m'effrayait pas dans l'état de crise nerveuse d'un jeune enfant. Malheureusement, il n'en fut pas de même de mes deux confrères qui, tout en autorisant l'emploi de cette substances, ne voulurent pas qu'il en fût administré plus de 6 milligrammes. Le malade se trouvant dans un état d'anesthésie absolue, l'injection fut des plus faciles, mais peu de temps après survint une attaque convulsive beaucoup plus forte que les précédentes. Loin de me déconcerter, cette attaque me conduisit à reconnaître que mon médicament avait agi, mais qu'administré d'une façon insuffisante, il n'avait pu paralyser le centre médullaire et qu'il fallait en augmenter la dose. Ce raisonnement m'était suggéré par ce que j'avais observé chez les alcooliques qu'une dose faible de chloral excite, et qu'une dose plus forte calme ; aussi, malgré les oppositions d'un quatrième confrère des plus respectables, médecin ordinaire de la famille, je pus obtenir de pratiquer une nouvelle piqûre. A ce moment le petit malade se trouvait à la fin d'une attaque convulsive des plus violentes, il était noir avec des pupilles énormément dilatées ; j'introduisis cette fois, sous la peau de la cuisse, 7 milligrammes de chlorhydrate de morphine, et, au bout de quelques secondes, les pupilles se resserraient, la cyanose disparaissait et le petit malade tombait dans le sommeil narcotique ; il était alors quatre heures du soir ; il dormit jusqu'à huit heures et s'éveilla comme s'il n'avait rien eu. Deux jours plus tard ce jeune enfant, fils d'un père alcoolique, expulsait deux énormes lombrics qui vinrent nous rendre compte des accidents si graves dont nous avions été témoins.

En somme, chez ce jeune enfant, un examen attentif des symptômes nous avait amené à diagnostiquer une attaque d'éclampsie d'origine réflexe, et ce diagnostic nous conduisit à préférer la morphine à tout autre médicament. Par conséquent, analyse des symptômes, synthèse de la maladie ; puis, ensuite, déduction des indications pronostiques et thérapeutiques. Telle est la méthode que doit adopter un médecin qui tient à se rendre utile.

---

de l'euphraise, comparées à la prunelle de l'œil, indiquaient la vertu curative de cette fleur dans les maux d'yeux ; les grains de grenade ressemblant aux dents sont utiles dans les maladies dentaires ; la pulmonaire, à cause de son tissu spongieux et des maculatures noirâtres de ses feuilles, avait une grande efficacité dans les maladies du poumon ; les citrons ayant la forme du cœur et la couleur dorée du soleil sont d'excellents médicaments cardiaques !

Le fougueux thérapeutiste, attaquant la polypharmacie, a simplifié la préparation des médicaments, qui étaient, à cette époque, des mélanges confus de toutes sortes de drogues. Les extraits, les essences, les sels minéraux, les préparations métalliques soigneusement faites ont été un progrès ; on doit à Paracelse la teinture d'aloès composée ou élixir de propriété, la teinture d'ellébore, un laudanum qui n'a rien de commun avec celui de Sydenham, des opiats, un opodeldoch. « Autant de maladies, autant d'arcanes », qu'il recherchait et qui devaient agir sous la direction d'Archeus. Cette entité favorite, cet alchimiste n'était pas oublié en chirurgie, où Archeus est Vulcain ou le fondeur, le destructeur des corps (*Grande chirurgie*, II, II, 11 et 12).

La thérapeutique chirurgicale de Théophraste est, du reste, presque nulle. La mumie suffit à tout. Les ulcères seraient guéris par l'usage des sels qui leur ont théoriquement donné naissance. Les hémostatiques sont insignifiants ; par contre les escharotiques sont fort énergiques. Les moyens de contention des fractures sont d'une simplicité extrême, deux anneaux et une vis de rappel éloignant les extrémités du membre fracturé. La Grande chirurgie de Paracelse ne mérite pas tous les éloges que Malgaigne lui a donnés.

Dans le traitement des coliques néphrétiques et des coliques hépatiques, la dose n'est pas moins importante ; le plus souvent, en effet, l'injection de 1 ou même de 2 centigrammes de morphine calme à peine le malade ; avec 3 centigrammes, il continue de souffrir ; mais souvent il suffit de quelques milligrammes de plus pour faire cesser totalement la douleur et expulser le calcul. La quinine, à cet égard, n'est pas moins instructive que la morphine ; on voit, en effet, des névralgies rebelles à l'administration de 1 gramme de quinine, céder rapidement si on vient à élever la dose de 25 ou 50 centigrammes. Une dame, atteinte de fièvre et de vives douleurs paroxistiques siégeant d'une façon plus particulière à la partie supérieure de la cuisse droite, était traitée par la quinine sans succès appréciable, malgré la dose de 1 gramme chaque jour. Convaincu que cette dose était vraisemblablement insuffisante, je finis par administrer 1 gr. 25 centig. et même 1 gr. 50 centig. à la suite de quoi les accidents cédèrent promptement. Ainsi la dose a une importance majeure dans le traitement des maladies ; mais, la plupart du temps, on ne parvient à la fixer définitivement qu'après certains tâtonnement ; aussi est-il essentiel de connaître les circonstances qui peuvent la modifier. Ces circonstances sont multiples ; l'une des plus importantes est l'abus des liqueurs fortes ; les buveurs, en effet, ont besoin pour dormir d'une dose de morphine, d'opium ou de chloral presque double de celle des individus non alcoolisés ; par contre les personnes nerveuses, les hystériques ne peuvent souvent supporter que de faibles doses médicamenteuses.

Les maladies, comme vous le savez, sont aiguës ou chroniques : les premières, d'une durée relativement courte, sont beaucoup plus faciles à déterminer que les secondes ; néanmoins, il y a cent ans, on décrivait encore à la place de la fièvre typhoïde une dizaine de maladies distinctes, et, malgré les travaux de Rœderer et Wogler, il a fallu arriver au commencement de ce siècle pour obtenir un déterminisme exact. Si aujourd'hui nous connaissons assez bien les maladies aiguës, il n'en est pas de même des maladies chroniques, qui, en raison de leurs manifestations

---

III

Afin de porter un jugement impartial sur Paracelse, il faut examiner le milieu où il a vécu ; sans cela, on s'expose à le trouver plus grand ou plus petit que sa mesure. A l'époque où paraît Théophraste de Hohenheim, douze siècles se sont écoulés depuis la mort de Galien, dont la doctrine avait fini par régner seule, d'abord teintée de méthodisme, ensuite altérée par les Arabes. Puis, les écrivains grecs dévoilés, admirés jusqu'au culte, on pensait comme les anciens, on voyait comme ils avaient vu. Le danger d'immobilité scientifique devenait menaçant.

Pendant que des travailleurs infatigables dégageaient cette lumière du passé longtemps obscurcie, d'autres chercheurs pleins d'ardeur et d'audace voulaient renverser le vieil édifice de la philosophie et de la médecine. Plongés dans les rêveries de la théurgie, de la magie, de l'astrologie, de l'alchimie, plusieurs d'entre eux sont devenus célèbres par leurs bizarreries, leurs travers, les désordres de leur vie. Ces sectateurs des sciences occultes ne redressent rien par eux-mêmes, mais leur révolte contre la science reçue, révolte qui aurait abouti à une direction folle, a eu pour résultat de faire abandonner l'ornière du passé et de provoquer par d'autres mains la révision de nos connaissances. Nous pouvons placer à côté de Paracelse, deux hommes qui ont mêlé à la médecine l'ensemble des sciences occultes et les extravagances de la cabale : Agrippa et Cardan.

Corneille Agrippa de Nettesheim (1486-1535), issu d'une illustre famille et né à Colo-

©BIU Santé

diverses et de leur longue évolution, sont difficiles à différencier. Cependant, à l'exemple de ce qui a été fait dans ces dernières années pour la syphilis et l'alcoolisme dont on est parvenu à grouper sous un même chef toutes les manifestations, nous rapprocherons chez chacun de nos malades les désordres passés et présents, puis nous rechercherons avec le plus grand soin si un lien quelconque peut les réunir, et quel est ce lien. De cette façon nous arriverons à reconnaître qu'un grand nombre de sumptômes ou de syndromes étudiés à part comme autant d'affections distinctes font réellement partie d'une série morbide, dans laquelle ils ont leur place et leur moment. Cette constatation aura pour effet de mettre en évidence ce fait que les maladies chroniques, comme les maladies aiguës, ne comportent qu'un petit nombre de types, faciles à déterminer, et que la pathologie est en somme une science beaucoup moins complexe qu'on ne serait tenté de le croire.

BIBLIOTHÈQUE

LES MICROBES, LES FERMENTS ET LES MOISISSURES, par M. le docteur L. TROUESSART. Paris, 1886 ; J. Alcan.

Au témoignage de son auteur, ce livre — « est destiné au public proprement dit. » — Et cependant dans la préface, il nous convie aussi à le lire, nous autres médecins et gens, à coup sûr, moins profanes ! C'est que, de l'avis de M. Trouessart, il est des praticiens qui restent étrangers aux recherches microbiques. Notre confrère entend convaincre ces esprits rebelles, et ramener les indifférents aux opinions scientifiques qu'il professe. Il espère même ouvrir aux ignorants de bonne volonté, un accès dans la pathologie microbienne.

Ce sont là des intentions louables et qui, après tout, sont assez bien motivées par le vaste rôle pathogène de ces microscopiques agents. Comment notre confrère entend-il y arriver ?

Pour nous introduire parmi ces — « ouvriers invisibles de la vie et de la mort, » — il a pris un détour. Il entre d'abord dans le domaine des champignons et des ferments ;

---

gne, avait reçu une éducation soignée, il possédait des connaissances fort étendues et variées. Son inconstance naturelle, son humeur caustique, lui suscitaient des ennemis et l'empêchaient de se fixer nulle part. Secrétaire de l'empereur Maximilien Ier, qu'il accompagne à la guerre, il se distingue par sa bravoure et mérite d'être fait chevalier. Bientôt Agrippa quitte Maximilien pour étudier la jurisprudence, la théologie et la médecine; ses écrits provoquent des querelles incessantes; il parcourt en vagabond l'Allemagne, l'Angleterre, la Suisse. Il s'arrête à Lyon, où Louise de Savoie, mère de François Ier, le nomme son médecin; peu après, il prédisait à sa bienfaitrice des revers qu'il lisait dans les astres et il fut exilé. Arrivé dans les Pays-Bas, deux traités d'Agrippa, *De l'incertitude et de la vanité des sciences* ainsi que sa *Philosophie occulte*, le firent jeter en prison. Revenu à Lyon, il y fut enfermé à cause d'un libelle contre Louise de Savoie. Accusé d'être en commerce avec le diable qui le suivait sous la forme d'un petit chien noir, n'ayant pu avoir ni bonheur, ni richesses, Agrippa mourut dans un hôpital à Grenoble, n'ayant pas atteint cinquante ans.

Supérieur à son siècle, Agrippa reconnaissait l'unité dans le monde. Tous les corps, disait-il, envoient et reçoivent des atomes; les éléments sont identiques dans le ciel et sur la terre; toutes les formes dérivent des archétypes, des intelligences, des constellations, des éléments corporels en harmonie avec les idées archétypes. Celui qui peut extraire des corps les esprits ou essences, servant d'instrument aux intelligences, parvient à créer des êtres nouveaux, à faire de l'or et autres merveilles. Tous les corps de l'univers sont liés par des sympathies ou des antipathies naturelles; les nombres ont

domaine moins difficile à explorer, puisque ces corps organisés sont de taille plus grande. De là, il va donc du plus grand au plus petit, descend l'échelle, pénètre du visible dans l'invisible et, parti de l'agarie comestible, il aboutit au plus rudimentaire des protistes, c'est-à-dire aux confins indivis, tracés par les classiques de l'histoire naturelle, entre les animaux et les végétaux.

Cette méthode offre l'occasion de s'arrêter, en chemin, à la description de quelques basidiomycètes, asiomycètes et oomycètes, dont les méfaits se traduisent par la rouille des céréales, l'ergot du seigle, les moisissures diverses, les maladies des pommes de terre et celles de la vigne. Le ver à soie n'échappe pas à leur maligne activité, l'homme lui-même la subit sous forme de dermatoses. Certes, il y avait là des matières intéressantes, dont M. Trouessart a voulu heureusement tirer partie.

Pour ma part, je le confesse, j'avais ouvert ce livre avec le sentiment de défiance que m'inspirent beaucoup d'œuvres dites de vulgarisation, et le plus souvent seulement de vulgarité. Après la lecture de ces pages, je me laisse séduire. Ma plume de critique, pacifique d'ailleurs, désarme volontiers. Aussi, quittant à regret le chapitre des ferments, des fermentations et de leur utilisation industrielle, j'arrive en hâte aux microbes proprement dits ou bactéries; M. Trouessart montre les difficultés de leur classification, énumère leurs caractères biologiques, décrit leur nature, leurs mœurs, leurs affinités de famille et mesure leur grande place dans la nature : depuis celle du microbe destructeur des matériaux de construction et formateur de la craie ou de la houille jusqu'aux bactéries morbigènes de la pathologie de l'homme et des animaux.

Ce n'est pas tout ; après d'autres, il est vrai, mais avec énergie, M. Trouessart pousse aussi le i d'alarme. — « Le microbe, écrit-il, voilà l'ennemi. » — Soit : mais quel ennemi ? un ennemi dont la petitesse fait en partie la résistance; et qui emprunte encore sa force à son ubiquité. Cependant, cet ennemi n'est pas invisible; il existe contre lui des moyens de défense, dont M. Trouessart énumère quelques-uns. Il cite, mais trop brièvement, ce me semble, le pansement ouaté, le pansement antiseptique et la vaccination par les virus atténués. Ces grandes découvertes méritaient bien des développements aussi longs que les éloges consacrés au filtre antimicrobique !

Pour conclure, M. Trouessart a éprouvé le besoin de jeter un coup d'œil philosophique sur l'histoire du microbe. Il condamne sévèrement les blastèmes de Robin, les bioplastes de Beab, les microzymas de Béchamp, les ptomaïnes sans microbes et se déclare satisfait, est-il besoin de le dire ? par la théorie pastorienne.

Dans ce chant du coq saluant la pathologie microbienne à son aurore, notre confrère

---

aussi leur puissance. Agrippa établit dans une échelle septénaire, employée par Paracelse, les correspondances de toutes choses.

Ces données servaient à Agrippa pour construire la science entière, la médecine et la thérapeutique. Dans son ouvrage Sur la vanité des sciences, il renverse tout son édifice, critique toutes les sciences connues et décrie toutes les professions. Comme écrivain et comme philosophe, Agrippa est au moins égal, sinon supérieur à Paracelse.

Quelques mots sur Jérôme Cardan (1500-1576), de Pavie. Son père, médecin et jurisconsulte, fut son premier instituteur, mais n'aimait point son fils. Cardan étudiait avec ardeur et faisait les progrès les plus rapides; il se rendit à l'Université de Pavie; à 22 ans, il y expliquait Euclide; à 24 ans il était docteur. Exerçant la médecine en divers endroits jusqu'à l'âge de 33 ans, il fut ensuite nommé professeur de mathématiques à Milan, mais il ne conserva cette place que deux années. Alors il voyagea, parcourant l'Allemagne, la France, l'Angleterre, puis revint dans sa patrie. Retenu en prison pendant six mois, à Bologne, pour dettes, Cardan vint finalement à Rome où le Pape lui accorda une pension, et il s'éteignit dans cette dernière ville.

Doué de hautes facultés, Cardan appliqua les sciences occultes à toutes les branches de la médecine. Partant du système de la vie universelle, il admet que les minéraux s'accroissent en se nourrissant, que les plantes ont des passions. Partout sont des forces vitales et des sympathies. Le soleil est en harmonie avec le cœur et l'air, la lune avec les humeurs et l'eau. Les signes de la valeur sont dans le pouce répondant à Mars, la chiromancie est souveraine. Les éléments sont l'eau et la terre ; de là, proviennent tous les corps

BIU Santé

mène trop hâtivement, ce me semble, le procès de la médecine et des médecins. « A « toutes les époques, écrit-il, la médecine a tenu à ses vieilles traditions et n'a renoncé « qu'avec peine à voir dans la maladie quelque chose de mystérieux comme au temps « de l'ancienne théurgie. »

Le jugement est sévère; heureusement qu'on en peut appeler : On voit par là dans quel esprit ce livre a été conçu et quel enthousiasme inspire l'écrivain. Par cela même qu'elle est « vieille » la médecine traditionnelle n'a plus de tels élans; elle attend, enregistre et au besoin accepte les grandes découvertes modernes pour les utiliser avec prudence. M. Trouessart aurait rendu service au public, en lui démontrant la sagesse de cette conduite dans son œuvre de vulgarisation scientifique; la science des microbes n'avait rien à y perdre, et le livre actuel, à la valeur duquel je rends hommage, avait beaucoup à y gagner. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Sarcome de la muqueuse utérine ou hématomètre. — Des injections de chlorure de zinc dans les kystes ovariques. — Rapport sur une observation d'étranglement interne guéri par la laparotomie. — Présentation de pièce pathologique : Fibro-sarcome de la paroi abdominale. — Élection d'un membre honoraire.

M. Pozzi offre en hommage le volume des *Mémoires et travaux du premier Congrès français de chirurgie.*

— M. Terrillon fait une communication relative à un cas d'hématomètre par sarcome de la muqueuse utérine.

L'hématomètre, ou la réplétion de la cavité utérine par une certaine quantité de sang, reconnaît des causes variées, oblitération congénitale du vagin ou du col, oblitération du col survenue à un âge plus ou moins avancé.

M. Terrillon a observé un cas dans lequel la transformation de l'utérus en un vaste kyste sanguin était due à une altération peu fréquente de la muqueuse utérine : le sarcome végétant.

sous l'action du feu, qui n'est pas un élément mais résulte d'un mouvement moléculaire. Un ouvrage des plus curieux est celui *de Vita propria,* ou Cardan explique ses actions, mélange de contradictions bizarres, et dans lequel il expose ses torts, ses faiblesses, même ses vices. Il avait composé deux cent vingt-deux traités; son immense savoir, son style mâle, en feraient un auteur hors ligne sans son penchant pour le paradoxe, pour le merveilleux, avec une crédulité d'enfant, une vanité sans bornes. Leibnitz dit que, malgré ses défauts, Cardan était un grand homme et que, sans ses défauts, il eût été incomparable. Plus mathématicien et plus philosophe que médecin, Cardan est au moins au niveau de Paracelse.

D'où vient donc la suprématie de Théophraste de Hohenheim, faisant pendant sa vie plus de bruit que des savants d'un mérite égal, sinon supérieur au sien, et devenant un chef d'école ? On en trouve les causes dans ses déclamations retentissantes, sa persévérante énergie, son étrangeté qui le mettaient vigoureusement en relief. Beaucoup d'hommes ont eu plus de succès par leurs défauts que par leurs qualités très réelles, par exemple Galien.

Voyons, d'abord, ce que les contemporains ont dit de Théophraste, ainsi que ceux qui ont vécu peu après lui : Thomas Éraste devenu ennemi de Paracelse, l'appelait bête féroce, suppôt du diable, ignorant, ivrogne, homme en délire. Dessenius le qualifie de « magus monstrosus, superstitiosus, impius et in Deo blasphemus, mendacissimus, infandus impostor, ebriosus ». Il est sûr que pour plusieurs, Paracelse n'était qu'un charlatan, qu'un fou, et qu'il passait pour magicien, ayant pactisé avec le Démon.

Le sujet de cette observation est une femme de 53 ans, observée à la Salpêtrière, en novembre 1882. Ventre volumineux, très tendu; on sent une tumeur à convexité supérieure inclinée légèrement du côté droit, donnant tous les caractères de la fluctuation dans une poche très remplie. Le col est imperméable à l'hystéromètre. Diagnostic : Tumeur fibro-kystique ou kyste ovarique ayant des connexions intimes avec l'utérus. Ce diagnostic semble confirmé par une ponction exploratrice sur la ligne médiane qui donne six litres d'un liquide noirâtre, épais et contenant des cristaux de cholestérine.

Opération le 11 décembre 1882. Incision abdominale, ponction de la tumeur, qui fournit sept litres de liquide rougeâtre assez semblable à celui de la première ponction. Un examen plus approfondi montre alors qu'il s'agit d'un utérus considérablement distendu par du liquide sanguin. Contriction avec le ligateur cintrat et ablation de la tumeur par une section qui porte sur le col utérin très épaissi à ce niveau. Le col est fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La malade meurt d'épuisement cinquante-huit jours après l'opération.

La tumeur enlevée et vidée pesait 8 kilogrammes.

La surface interne de l'utérus était recouverte de masses mamelonnées dont plusieurs avaient le volume d'un gros marron. Elles paraissaient constituées par la muqueuse considérablement hypertrophiée et ramollie. L'examen histologique montra que l'hypertrophie de la muqueuse était due à la présence d'un tissu sarcomateux abondant, rempli de vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Toute la muqueuse était ainsi transformée; les parois musculeuses très hypertrophiées ne contenaient pas de sarcome.

Cette localisation du sarcome à la muqueuse permet d'en faire une maladie à part. Elle a été traitée avec des résultats divers par l'ablation totale de l'utérus, ou bien encore en pédiculisant la tumeur au niveau du col ou de la partie moyenne du corps. Lorsqu'au début de la maladie, il est possible de reconnaître la nature de l'affection en dilatant le col, en explorant la cavité utérine et en enlevant quelques parcelles du tissu morbide, on pourrait essayer de détruire les parties malades au moyen de la curette et, au besoin, avec des caustiques énergiques ou le thermo-cautère de Paquelin.

M. Tillaux a eu dans son service une femme atteinte de sarcome de la muqueuse utérine à forme polypeuse. Il crut à des polypes et, en effet, la sortie de végétations à travers l'orifice du col lui ayant permis de les enlever, la malade parut guérie. Mais les accidents se reproduisirent. M. Tillaux pratiqua le curage de la cavité utérine, et cette opération fut suivie d'une guérison apparente; nouvelle récidive, nouvelle opération,

---

La Faculté de Paris l'avait nommé un second Luther, et Paracelse répondit : « Non, je ne suis pas Luther, je suis Théophraste... Je suis plus que Luther, qui n'était que théologien; je connais la médecine, la philosophie, l'astronomie, l'alchimie. Luther n'est pas capable de délier le cordon de mes souliers. »

Le chancelier Bacon a été des plus rudes : « Les chimistes ont à leur tête une espèce de monstre, c'est Paracelse. Singe d'Epicure dans la météorologie, il nous donne comme des oracles, ce que l'autre ne propose que comme une opinion. Le destin règle tout dans Epicure, mais plus aveugle que le destin, plus capricieux que le hasard, Paracelse ne s'en rapporte qu'à lui-même. Plus une chose est absurde, plus il est prompt à l'assurer. » Bacon appelle encore Théophraste « enfant adoptif des ânes »; il le compare à un sanglier fouillant le sol avec sa hure. A côté de ces qualifications, plaçons l'opinion de Ramus « Paracelse a tant fait pour tirer les remèdes des métaux que la médecine semble née de lui », et Joseph Duchesne (Quercetanus), persiflé par Guy-Patin, prétend que Paracelse était doué d'une sorte de divination.

Il importe de connaître l'opinion des chimistes sur Paracelse. André Libavius assurait qu'il « abusait une multitude de gens avec ses remèdes et ne les a pas guéris; qu'il en a tué un bon nombre ou les a mis dans un état pire que celui où ils étaient; qu'enfin il n'a pas pu se débarrasser lui-même de la toux, de la goutte et d'une contracture dont il était affecté ». A ce sujet, Oporin, le secrétaire, observait que son maître appelé dans une localité ne pouvait jamais y demeurer plus d'un an, ayant coutume de dire qu'il ne devait pas exercer plus longtemps son métier dans un même lieu.

nouvelle guérison passagère. L'examen histologique, par M. Ranvier, des débris de végétations montra qu'il s'agissait d'un sarcome pur de la muqueuse utérine. M. Tillaux fit alors une laparotomie exploratrice, mais ne put achever l'opération.

M. Gillette a observé trois malades atteintes de végétations mollasses fortement adhérentes à la muqueuse utérine; il a pratiqué le curage et le nettoyage de la cavité; deux ont guéri, une a succombé. Il s'agissait bien de sarcome de la muqueuse utérine, ainsi que l'a montré l'examen histologique.

M. Poncet émet des doutes sur la localisation du sarcome fasciculé embryonnaire à la muqueuse utérine.

M. Terrillon répond que, d'après tous les faits connus, il s'agissait bien de sarcomes dans lesquels la lésion n'avait pas atteint la couche musculeuse de l'utérus et était limitée exactement à la muqueuse. Aujourd'hui, le nombre des observations publiées est d'environ 60.

A propos de l'observation relatée par M. Tillaux, M. Terrillon dit qu'il y a plusieurs exemples de malades traitées par le curage et le grattage, et qui ont obtenu de cette opération une survie plus ou moins longue.

L'ablation, d'ailleurs, est indiquée et a été suivie de succès dans une douzaine de cas.

— M. Théophile Anger, à l'occasion du procès-verbal et de la pièce pathologique présentée dans la dernière séance par M. Terrillon, relative à un cas de kyste de l'ovaire traité par les injections de chlorure de zinc, donne quelques détails concernant la malade qui a fait le sujet de cette communication, et fait remarquer qu'elle est morte d'un abcès du foie n'ayant aucun rapport avec les injections.

M. Terrillon est d'accord avec M. Anger sur la cause de la mort de la malade, due à un abcès du foie. Mais il ne faut pas oublier que, pendant quatre ans, cette femme a été en proie à des douleurs violentes par suite évidemment des adhérences de l'épiploon dans un grand nombre de points de l'abdomen. Or, ces adhérences ne peuvent guère être attribuées qu'aux accidents inflammatoires provoqués par les injections caustiques de chlorure de zinc.

M. Terrier considère les injections de chlorure de zinc comme un moyen déplorable de traitement des kystes ovariques; la laparotomie est, suivant lui, de beaucoup préférable.

Ceci nous prouve qu'avec ses moyens chimiques et une pratique téméraire, Paracelse faisait au moins autant de mal que de bien.

Les historiens de la chimie ont constaté que les alchimistes du XVIe siècle ne reconnaissent pas pour leur chef Théophraste de Hohenheim; ses écrits, d'après Hœfer, ne renferment rien qui n'ait été dit avant lui. Notre vénéré Chevreul estime que Paracelse avec ses bizarreries n'a rien d'original, qu'il tient de la manière la plus intime à Basile Valentin et aux deux Isaac hollandais. D'un autre côté, il ne vient, ajoute Chevreul, comme application de la chimie à la médecine, qu'après les médecins arabes. Je dois ajouter qu'il a fait beaucoup plus qu'eux et leur est très supérieur. Théophraste de Hohenheim commence la série des chemiâtres où l'on trouve Van-Helmont et Sylvius de le Boe.

L'influence de Paracelse a été considérable. Je vous l'ai dit, son langage animé, burlesque, provocant, attirait la foule, passionnait ses adeptes. Les revers de sa thérapeutique ne suffisaient pas à effacer des succès inespérés, éclatants. Ses essais répétés, ses tentatives hardies, ont fait la fortune des médicaments chimiques, finalement adoptés, malgré une opposition tenace, où notre ancienne faculté se faisait remarquer au premier rang. En décrivant des substances peu connues avant lui, Paracelse a contribué à les introduire dans le traitement des maladies.

L'expérimentation ou l'expérience si souvent invoquée à son profit par Paracelse, est illusoire. Il en parle, au point d'avoir séduit Bordes-Pagès, Malgaigne, Bouchut et d'autres, mais, en réalité, il n'a point mis en pratique les préceptes scientifiques indi-

M. Gillette pense que, dans les ovariotomies incomplètes faites pour des kystes multiloculaires, les injections caustiques peuvent rendre de grands services. Dans un cas de ce genre, il a obtenu, par ce moyen, le retrait des trois quarts de la tumeur kystique, et il croit pouvoir espérer la guérison complète.

M. Terrier fait remarquer qu'il n'y a aucun rapport entre les ponctions au chlorure de zinc comme unique traitement d'un kyste ovarique, et les lavages qu'on peut faire avec la même substance à la suite d'une ovariotomie incomplète. D'ailleurs, il ne connaît pas d'exemple de kyste multiloculaire dont la guérison radicale ait été ainsi obtenue; toutes les malades auxquelles il a fait jusqu'ici l'ovariotomie incomplète pour un kyste adhérent ont gardé une fistule.

— M. Berger fait un rapport sur une observation, adressée par M. le docteur Quénu, d'étranglement interne guéri par la laparotomie. Il s'agit d'une variété rare d'étranglement interne, chez une femme de 52 ans, ayant une hernie crurale ancienne; il s'était formé, au voisinage de la hernie, en dedans de la paroi abdominale, un véritable sac dont le collet serrait une anse intestinale. Un petit débridement sur ce collet permit de réduire l'intestin d'ailleurs peu lésé; la guérison était complète dès le sixième jour, malgré des accidents pulmonaires graves qui avaient d'abord donné à M. Quénu de vives inquiétudes.

Relativement au lavage de l'estomac conseillé et pratiqué en Allemagne dans les cas d'étranglement interne ou herniaire, M. le rapporteur est d'avis que cette pratique peut être utile lorsqu'il y a distension de l'estomac par les matières fécaloïdes et vomissements incoercibles. En dehors de ces conditions, le lavage de l'estomac ne peut qu'être nuisible en faisant perdre un temps précieux.

M. Le Dentu a pratiqué trois fois le lavage de l'estomac dans l'étranglement interne et dans l'étranglement herniaire, et il n'en a obtenu aucun résultat. Le meilleur moyen, suivant lui, d'arrêter des vomissements, c'est de lever l'étranglement.

M. Nicaise distingue l'évacuation et le lavage de l'estomac; il préfère l'évacuation simple, qui est excellente dans les cas de plénitude de l'estomac, au lavage qui, d'après lui, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait.

M. Polaillon a vu un malade, dont l'état général ne permettait pas l'opération, considérablement soulagé par le lavage de l'estomac pratiqué deux fois par jour avec le tube de Faucher.

---

qués dans ses œuvres et jamais suivis. Paracelse a été un grand démolisseur, ayant peu fait pour les progrès réels de la médecine, l'arrêtant plutôt avec les systématiques qui la voulaient rattacher aux sciences occultes. Je partage l'opinion de K. Sprengel, de Daremberg, de L. Boyer sur le rôle de Paracelse, au plus, comme novateur, mais non comme fondateur et véritable réformateur.

(*A suivre.*) Prof[r] Laboulbène.

Solution contre la dysphagie des tuberculeux. — Audhoui.

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr. 25.
Eau distillée.....	25 grammes.

Faites dissoudre. — Pour calmer la dysphagie si pénible des tuberculeux, on trempe un pinceau dans cette solution, et on touche rapidement tout le pourtour de l'isthme du gosier, en recommandant au malade de ne pas faire de mouvements de déglutition et de ne pas cracher. Trois à cinq minutes plus tard, on badigeonne avec soin l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx, en contournant la base de la langue à l'aide d'un pinceau coudé ou de tout autre instrument approprié. Enfin pour prolonger la durée de l'action anesthésique, on peut procéder à un troisième badigeonnage quelques minutes plus tard. — Les mêmes manipulations doivent être répétées dans la soirée, l'action du médicament ne se prolongeant guère que huit à dix heures. — Surveiller l'influence de la cocaïne sur l'état général, et en suspendre l'usage, si c'est nécessaire, pendant quelques jours, pour y revenir après ce délai. — N. G.

M. Terrier n'admet l'essai du lavage de l'estomac que dans les cas douteux, au même titre que l'application des courants continus ou intermittents; mais, lorsque le diagnostic de l'étranglement est fait, il faut opérer sans perdre de temps.

M. Nicaise met sous les yeux de ses collègues un fibro-sarcome de la paroi abdominale qu'il a enlevé chez une jeune femme de 24 ans. La tumeur avait pris naissance au mois d'octobre de l'année dernière, et son évolution s'était faite avec une telle rapidité qu'elle avait acquis, au moment de l'opération, un poids de 1,200 grammes. C'est la deuxième tumeur de ce genre que M. Nicaise a eu l'occasion d'opérer. La première tumeur, enlevée en 1878, pesait 2,200 grammes. Les deux opérés ont guéri. Il a pratiqué la suture à étages pour empêcher l'éventration.

M. Le Dentu dit qu'il ne faut pas laisser grossir ces sortes de tumeurs, mais, quand on le peut, imposer l'opération de très bonne heure. Il convient, en outre, de donner de grands soin au drainage.

M. Gillette a pratiqué dernièrement, avec succès, l'extirpation d'une tumeur de ce genre.

M. Léon Labbé ayant demandé d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire, un scrutin a eu lieu sur sa demande, suivant l'usage.

L'honorariat a été accordé à M. Léon Labbé à l'unanimité. — A. T.

COURRIER

Par suite de nécessités budgétaires, M. le préfet de police s'est trouvé contraint de supprimer l'inspection médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine. En conséquence, MM. les docteurs Blachez, Ritti, Legras et P. Garnier, médecins inspecteurs, Marchant (Gérard) et Marcel Briand, inspecteurs-adjoints, ont dû cesser leurs fonctions à partir du 15 février dernier.

M. le préfet de police a réorganisé depuis ce service et a nommé M. le docteur Ritti médecin inspecteur de Bicêtre, de Sainte-Anne et de Villejuif, et M. le docteur P. Garnier médecin inspecteur de Charenton, de Ville-Evrard et de Vaucluse.

— Par décision ministérielle, en date du 22 février 1886, le prix annuel de médecine militaire est accordé, pour 1885, à M. Chouet, médecin-major de deuxième classe. — Le prix annuel de chirurgie militaire pour 1885, est partagé entre MM. les médecins-majors de première classe Ramonet et Delorme.

Nécrologie. — M. le professeur E. Billod, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés de Vaucluse, près Corbeil, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, est décédé, le 26 février dernier, à Château-Gontier (Mayenne), dans sa soixante-huitième année. M. Billod avait été président de la Société médico-psychologique et venait d'accomplir récemment une mission scientifique en Italie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Decorse, chirurgien de la maison nationale de Charenton, maire de la commune de Saint-Maurice, membre du Conseil général de la Seine; de M. le docteur De Sotomayor, chirurgien-major de première classe en retraite; de MM. les docteurs Henri Candellé et Labattut, anciens internes des hôpitaux de Paris, et de M. le docteur Lelièvre, député d'Ille-et-Vilaine.

La Farine Morton est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Un docteur sérieux, expérimenté, demande à faire des remplacements. S'adresser au bureau du journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Coignard : Réflexes cardio-vasculaires dans la lithiase biliaire. — II. Lettres de Belgique. — III. Bibliothèque : Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds. — IV. Revue des Journaux : Erysipèles récidivants. — L'immunité provenant de l'hérédité. — V. Revue des Sociétés savantes de l'étranger : Société médico-chirurgicale de Liège (1885). — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Réflexes cardio-vasculaires dans la lithiase biliaire

(Trois observations lues à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 février 1886.)

Par le docteur Coignard

Messieurs,

L'histoire des cardiopathies résultant de l'engorgement des conduits biliaires et des affections *légères* de l'estomac et du tube intestinal est d'origine relativement récente. C'est en 1869, que M. le professeur Potain a fait, pour la première fois, connaître ces faits dans la thèse d'un de ses élèves, M. le docteur Mahot.

Depuis, il a fait de nombreuses communications au congrès de Paris 1878: Des synergies morbides (*Gazette Médicale*, Paris 1879, *Congrès de la Rochelle*, etc.) Tout ces faits sont longuement exposés et discutés dans un mémoire remarquable publié en 1887 dans la *Revue de médecine*, par M. le docteur Barié.

Notre collègue M. le docteur Cyr, dans son traité de l'affection calculeuse du foie, consacre tout un chapitre à ce sujet.

D'autre part, M. le docteur Thevenot nous a lu, en 1885, un mémoire *sur la connexité pathologique des canaux biliaires et de l'utérus, l'influence des spasmes douloureux d'un de ces organes sur l'autre.*

Voici comment M. le docteur Barié explique les phénomènes. Ces divers accidents sont la conséquence d'un excitation réflexe partie des voies digestives (estomac, intestin, voies biliaires) pour aboutir au poumon, dont elle entretient les capillaires sanguins dans un état de contraction spasmodique; la tension s'exagère tout à coup dans le système de l'artère pulmonaire, et le ventricule droit, obligé de lutter en aval contre cet obstacle, se dilate d'abord et s'hypertrophie ensuite.

« La physiologie expérimentale (expériences de MM. Arloing et Morel dans le laboratoire de M. Chauveau) a démontré que l'acte réflexe, qui constitue les accidents cardio-pulmonaires d'origine gastrique ou hépatique, se passe tout entier dans le domaine du grand sympathique; il est permis toutefois, au nom de la clinique, de croire que le pneumo-gastrique n'est pas étranger aux transmissions eisodiques des incitations de l'estomac ou des voies biliaires au centre réflexe. » (Barié, *Revue de médecine*, année 1883, page 128.)

L'année dernière, 18 juillet 1885, *Progrès médical*, MM. Regnard et Loye, qui ont pu faire des expériences sur un supplicié, moins d'une minute après la décollation, ont conclu que l'excitation des nerfs vagues avait une influence évidente sur la contractilité pulmonaire et sur les fibres de Reissessen. Tel est, je crois, l'état de la question.

Voici, maintenant, mes trois observations sur ce sujet, très succintement résumées :

Obs. I. — Le 18 juin 1885, je reçois la visite d'une dame de 40 ans, qui avait eu, il y

a un an, des coliques hépatiques. Cette dame m'était adressée par le docteur Thevenot.

Depuis cette époque, elle ne s'était jamais bien portée ; elle avait de la pesanteur à l'épigastre, de la dyspnée, des palpitations et de l'insomnie ; je ne citerai que pour mémoire les bouffées de chaleur à la face, les alternatives de rougeur et de paleur. Cette dame était assurément une chloro-anémique.

Je l'examinai : le foie était normal à la percussion, et la vésicule biliaire n'était pas appréciable.

L'estomac paraissait dilaté : à jeun, on trouvait sans difficulté le bruit de glouglou, s'étendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La main appliquée à la région précordiale était violemment repoussée.

A l'auscultation, tout d'abord, on ne percevait rien nettement ; c'était un tumulte, battements et bruits, qui rendait l'analyse difficile ; peu à peu on s'apercevait qu'il n'y avait de souffles nulle part, ni à la pointe, ni à la base, mais bien des battements précipités et des claquements diastoliques, irradiant dans les carotides, et dont le summum d'intensité était à gauche vers le deuxième espace intercostal.

L'analyse de l'urine des vingt-quatre heures fut : Quantité, 900 cc. ; densité, 1010, urée, 5 gr. 40 ; acide urique, 0,09.

La dénutrition était très avancée. Après un mois de traitement, cette dame était absolument rétablie, moins la chloro-anémie pourtant. Les battements du cœur étaient normaux et il me fut impossible de reproduire le glouglou stomacal, même après l'ingestion immédiate d'un grand verre d'eau. Les palpitations, la dyspnée n'existaient plus, et la malade pouvait à pied faire de longues promenades.

Obs. II. — Le 9 juin 1883, j'eus à examiner un homme grand et vigoureux, âgé de 47 ans, qui avait depuis quatre à cinq ans, disait-il, des coliques hépatiques : les premières avaient été très violentes, mais depuis quelque temps la douleur était plus supportable et moins prolongée.

Le foie chez ce malade était augmenté de volume, et le gouglou stomacal très facile à constater.

A partir de l'appendice xiphoïde jusqu'à la base du cœur, on entendait un *souffle très doux ;* il n'y avait ni palpitations ni claquements.

L'analyse de l'urine était : quantité, 1375 ; densité, 1023 ; urée, 32,65 ; acide urique, 639 ; albumine, 0,365.

Il fallut à ce malade cinq ou six mois pour s'améliorer ; mais le bruit de souffle disparut assez promptement après un mois.

Obs. III. — Le troisième malade, dont je viens vous entretenir, avait 53 ans lorsque je le vis le 18 septembre 1883 ; il était grand et d'apparence très robuste. Il me raconta que, à l'âge de 22 ans, il avait eu de violentes coliques hépatiques pour lesquelles on l'avait envoyé à Vichy deux années de suite. Depuis, il n'avait plus eu de coliques ; mais, bien qu'il vécût à la campagne, au grand air, administrant lui-même ses domaines, jamais sa santé n'avait été absolument bonne ; il avait eu toujours quelque trouble du côté des voies digestives.

Depuis huit mois, il ne mange presque plus et a des insomnies. La nuit, s'il s'endort, il est réveillé par de violentes palpitations, et il remarque que son cœur et son pouls s'arrêtent. C'est surtout pour cela qu'il vient me consulter.

Le volume du cœur à la percussion ne paraît pas très exagéré ; à l'auscultation, il est facile de constater les intermittences qui sont fréquentes. Le rythme est tout particulier à la base du cœur, et, à gauche, on entend d'abord un bruit fort, puis un autre plus faible, court, suivi d'un troisième très éclatant et prolongé, puis un silence ; à ce silence correspond l'arrêt des pulsations radiales. Du reste, pas de souffle le long du sternum, ni à la pointe du cœur.

Le foie déborde les côtes. La teinte de la peau est jaune brune.

L'urine est à peu près normale, seulement la densité = 1,015 et l'acide urique = 0,780 par vingt-quatre heures.

Ce malade est mort asystolique, avec anasarque, en avril 1884, sept mois après la visite qu'il me fit.

Messieurs, ces observations sont bien écourtées ; il eût fallu prendre des tracés sphygmographiques et cardiographiques; et pour cela il eût fallu avoir la compétence requise. Je raconte les faits tels que je les ai vus, tels que chaque médecin, à l'occasion, peut les voir.

Ainsi voilà trois malades, tous trois atteints de coliques hépatiques, par conséquent de lithiase biliaire, quelle différence dans le processus!

Dans le premier cas, malgré ce cortège effrayant de symptômes, guérison rapide.

Dans le deuxième cas, guérison, mais guérison plus lente, et dans le troisième cas, mort.

N'est-il pas permis d'attribuer ces résultats à la durée du mal et de dire que la colique hépatique, première manifestation évidente de la lithiase biliiaire, indique une nutrition déviée, retardante (Bouchard) dont le terme ultime est souvent une affection du cœur, commençant par le ventricule droit et l'insuffisance tricuspidienne, dans laquelle les troubles fonctionnels précédent les lésions.

Cette conclusion, si elle est légitime, (moi, je la crois telle), est consolante pour les malades, car, il est à peu près toujours possible au début d'enrayer la lithiase biliaire par un traitement et un régime convenablement dirigés, ou tout au moins, d'en atténuer les rigueurs.

Lettres de Belgique.

Les *spécialités pharmaceutiques* ont fait parler d'elles en Belgique pendant l'année qui vient de s'écouler. La loi de 1818, qui y régit encore actuellement l'art de guérir, prescrit au pharmacien de *préparer lui-même ou de faire préparer sous sa surveillance* les médicaments composés, et un arrêt récent de la Cour d'appel était venu confirmer l'interdiction au pharmacien de *débiter* les spécialités achetées par lui au dehors.

Or, trois pharmaciens qui avaient été condamnés pour infraction à la loi ainsi interprétée, se sont pourvus en cassation, et viennent d'avoir gain de cause devant la Cour suprême. Il résulte de l'arrêt intervenu dans ces circonstances que *les pharmaciens belges peuvent vendre librement toutes les spécialités pharmaceutiques, mais sous leur entière responsabilité.*

Par arrêté royal du 31 mai 1885, le gouvernement avait reconnu, de son côté, que le pharmacien qui se bornerait à la préparation habituelle des médicaments officinaux et fermerait sa pharmacie à ces nombreuses spécialités, ne répondrait plus aux exigences du public ni même à celles de beaucoup de médecins, mais que le débit des spécialités pharmaceutiques ne devait pas, pour cela, échapper à toute réglementation.

Les choses en sont là : les moyens édictés par ledit arrêté reposaient sur un classement des médicaments composés spéciaux fournis par le commerce, en diverses catégories dont l'Académie de médecine aurait été chargée de faire dresser l'inventaire par une commission de cinq membres nommée dans son sein, mais cette intervention prescrite par ledit arrêté avait été vivement critiquée dans le public (1). Sans doute cette opposition a trouvé de l'écho au sein de l'Académie elle-même, à laquelle on donnait là une étrange besogne. Toujours est-il que tout est à refaire sur ce terrain : un arrêté royal en date du 12 décembre dernier décide, en effet, que « l'application « des art. 7 et 8 de l'arrêté royal du 31 mai 1885 réglant les conditions du débi des

(1) Voy. Les spécialités médicales, par le docteur WARLOMONT (*Presse médicale belge*, 2 août 1885).

« spécialités pharmaceutiques est ajournée jusqu'à dispositions réglementaires nou-
« velles, — des difficultés d'interprétation empêchant de les mettre en vigueur dès le
« 1er janvier 1886, ainsi que le prescrivait l'arrêté du 31 mai susdit. »

Les pharmaciens peuvent donc, jusqu'à nouvel ordre, vendre librement, en Belgique, *sous leur responsabilité*, toutes les spécialités pharmaceutiques.

Les art. 7 et 8 dont il vient d'être parlé stipulaient que les spécialités pharmaceutiques *admises par la Commission de l'Académie (sic)*, — on sait ce qui est advenu de cette prétention, — devaient, pour pouvoir être vendues, être renfermées dans une enveloppe parfaitement close indiquant le nom de la spécialité et revêtue du cachet du praticien (art. 7), lequel par cela affirmerait simplement que le produit venait du bon faiseur et qu'il était en bon état de conservation.

L'art. 8 décrétait que les spécialités pharmaceutiques, *rejetées ou non admises encore par ladite Commission* — restée en ses limbes, — ne pourraient être vendues que si le pharmacien avait remplacé le cachet du fabricant par le sien; ce qui devait signifier que, si la préparation était de mauvaise composition, le pharmacien serait le bouc émissaire des accidents pouvant résulter de son usage.

Ce sont ces dispositions dont l'exécution demeure en suspens pour les raisons que nous venons de dire. Qu'adviendra-t-il? Le gouvernement se chargera-t-il de composer lui-même la commission exécutive, en dehors de l'intervention académique, qui s'est montrée peu jalouse de cet honneur, ou prendra-t-il d'autres voies? Voici, en attendant qu'il se décide, la solution qui a été mise en avant par l'auteur de l'article publié par la *Presse médicale belge*, et dont l'adoption couperait court à bien des difficultés. Elle se résume dans la formule suivante :

1° Les spécialités pharmaceutiques dont le débit est autorisé suivant les instructions prescrites par l'art. 7 susmentionné comprennent : « toutes celles dont la composition « est connue médicalement, dont l'utilité a été consacrée par l'usage, qui ne figurent « pas encore dans la pharmacopée et que le pharmacien ne peut préparer lui-même, « faute de temps ou des moyens d'exécution nécessaires (*perles et capsules, disques « gélatineux, Rigollot,* etc.); »

2° Les spécialités pharmaceutiques non comprises dans la catégorie ci-dessus ne pourront être vendues ou exposées en vente que sous les conditions prescrites par l'art. 8 des mêmes instructions.

* *

Dans la séance de l'Académie du 14 novembre (extraordinaire), M. Depaire a demandé, par motion d'ordre, que la Compagnie sollicitât de M. le ministre de l'intérieur et de l'instruction publique l'envoi, à Paris, d'une Commission spéciale qui serait chargée d'y suivre les expériences instituées par M. Pasteur, « pour démontrer l'efficacité des « moyens préservatifs de la rage après morsure; subsidiairement, d'étudier l'utilité de « la création en Belgique d'un institut où l'on admettrait en traitement les personnes « infectées du virus rabique et où l'on vulgariserait la méthode prophylactique de l'ex- « plosion de la rage après morsure. »

La proposition de M. Depaire, après une courte discussion de détail, a été adoptée sans contestation. Cette unanimité est significative, en ce sens qu'elle indique le chemin parcouru, dans ces derniers temps, par les doctrines nouvelles, dans un cénacle où l'on ne prononce guère encore le mot de microbes sans y ajouter cette restriction : « si microbe il y a », ou quelque autre semblable. Quant au fond, on peut bien se demander si le zèle scientifique de tous n'y pouvait pas suppléer : l'efficacité, réelle ou fictive, des moyens préservatifs de la rage appartient au domaine public. Pour ce qui est de l'utilité de créer *hic et nunc*, en Belgique, c'est-à-dire à cinq ou six heures de Paris, un établissement de l'espèce, il est permis de la contester. Le gouvernement, toutefois, est monté sur son coche : il a chargé la diplomatie de rendre M. Pasteur abordable à deux médecins belges avides de s'abreuver à ses bouillons, puis s'est endormi content, les négociations ayant, paraît-il, abouti. Allons, tant mieux! Mais, sapristi! nous ne savions pas que le laboratoire de M. Pasteur fût d'un si difficile accès, qu'il fallût la croix et..... la bannière pour se le faire ouvrir. Nous ne le croyons pas encore.

***

La crise universitaire bruxelloise éveillée par la question des cliniques vient de se terminer, après une grève des étudiants et plusieurs incidents regrettables, sur lesquels il convient de jeter un voile. La jeunesse, après avoir, dans un élan généreux, témoigné de son attachement à ceux qui avaient été ses maîtres, aurait pu ménager davantage la susceptibilité de ceux qui devaient l'être demain. Décidément cet âge est sans pitié.

Le Conseil des Hospices avait fait connaître à l'Université qu'il lui reconnaissait le droit de nommer elle-même ses professeurs de clinique. De son côté, l'Union des anciens étudiants avait émis le triple vœu — que l'Université nommât elle-même ses professeurs de clinique, — qu'à côté des cliniques officielles on établît des cliniques libres, dont les certificats de fréquentation fussent valables auprès des Jurys d'examen, — enfin, qu'aucune condition d'âge ni de durée de service ne limitât désormais les fonctions des professeurs de clinique.

C'est sur ce terrain que la conciliation s'est accomplie : aucune objection n'ayant été faite à ces propositions, le Conseil d'administration a décidé qu'elles seraient envoyées à l'appréciation de la Faculté de médecine. Quant à la question des cliniques libres, elle a déjà reçu un commencement d'exécution : un des professeurs *émérités*, jugeant qu'on ne pouvait se passer de son enseignement clinique, est allé le transporter..... sur le mont Aventin. Tout est bien qui finit bien.

***

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

9. **Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le travail**, de M. le docteur WALTON : *Du curettage et de l'évidement de l'utérus ;* M. Gallez, rapporteur (*Bull.* 1885, p. 583-594). — La pensée du rapport se trouve dans la phrase ci-après : « Nous devons reconnaître à M. Walton une habileté opératoire peu commune, pour ne pas avoir à taxer de témérité les redoutables expériences auxquelles il s'est livré sur la foi des succès qui lui sont venus de l'Allemagne et de l'Amérique. S'ensuit-il qu'à notre tour, nous autorisant des succès extraordinaires que l'auteur nous fait connaître aujourd'hui, nous devions encourager et recommander semblables tentatives ? Loin de là. »

10. **Rapport de la cinquième section sur le mémoire**, de M. HERLANT : *Contribution à la micrographie des poudres officinales : canelle, rhubarbe, jalap ;* M. Gille, rapporteur (*Id.*, p. 594-598). — « Tous les perfectionnements dans cette voie, dit le rapporteur, acquièrent une importance de plus en plus grande depuis qu'un certain nombre de pharmaciens achètent, dans des maisons de gros, qui en font un commerce spécial, la plupart de leurs poudres officinales — impalpables. L'expérience, soit dit en passant, n'est pas favorable à cette innovation : les poudres végétales fixes, préparées avec l'outillage ordinaire des pharmaciens, sont au moins aussi actives que les impalpables, parce que celles-ci, se délayant mal dans les liquides du tube digestif, s'y pelotonnent..... »

Le mémoire de M. Herlant a été publié dans le *Bulletin* (1885, p. 654-675).

11. **Nouveau pansement antiseptique de campagne**, par le docteur BEDOIN ; M. Desguin, rapporteur (*Id.*, p. 686-688). — Le paquet de soldat, que chaque homme peut porter dans le parement de sa manche, contient les pièces nécessaires à un pansement ; il pèse 40 grammes environ et mesure 8 centimètres de long, 6 de large et 1 d'épaisseur. La base de ce pansement consiste en papier non collé (à filtrer ou pour cigarettes) désinfecté par un séjour prolongé dans une étuve maintenue à 120°, immergé ensuite dans une solution antiseptique. Le pansement consiste dans l'application, sur la plaie, de sept ou huit feuilles de ce papier, que l'on recouvre d'une feuille de gutta-percha laminée et que l'on assujettit au moyen de quelques tours d'une bande mince de caoutchouc. (Voyez le mémoire, *Bull.* 1885, p. 716-736.)

12. **Lettre sur la vaccination** (adressée à M. Warlomont), par le docteur O. HEY-

FELDER (corr. à Saint-Pétersbourg) (*Id.*, p. 737-743). — L'auteur s'y prononce en faveur des revaccinations convenablement échelonnées, lesquelles, suivant une expérience faite sur lui-même, apportent chaque fois une immunité assurée d'une certaine durée. C'est la théorie de la revaccination « chaque fois qu'on se trouve en présence d'une épidémie ou d'un foyer (Warlomont), » mais ce n'est pas la *vaccinisation* telle que la comprend ce dernier.

« La vaccinisation est pour nous, dit celui-ci dans une note accompagnant la lettre de M. Heyfelder, transmise par lui à l'Académie, l'épuisement, par des inoculations répétées immédiatement, de la faculté de réceptivité à la variole. Il est permis de se demander si, en négligeant de pousser à fond cet épuisement, on ne laisse pas, dans l'organisme, quelque disposition ou quelque germe d'où pourra naître le retour à la réceptivité. Les revaccinations à répétition, ainsi que les entend M. Heyfelder, ne répondent pas à cette indication. »

M. Heyfelder termine sa lettre par ces mots : « Les résultats dont j'ai été témoin jusqu'à ce jour me font désirer et espérer que le temps viendra où la vaccination réitérée obligatoire existera dans tous les pays civilisés (Saint-Pétersbourg, 23 oct. 5 nov. 1885). » — Y.

BIBLIOTHÈQUE

HÉMATIMÉTRIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DES PAYS CHAUDS, par le docteur E. MAUREL. Paris, 1885, O. Doin.

Ce mémoire a obtenu le prix de médecine navale. C'était justice, car il donne les résultats de patientes observations et de l'exemplaire persévérance de notre savant confrère. Les recherches hématimétriques exigent du temps, des soins nombreux et une laborieuse activité difficiles à concilier avec les exigences du service médical aux colonies. M. Maurel a heureusement vaincu ces difficultés, et son mémoire a la valeur d'un document scientifique utile au physiologiste, au clinicien et à l'hygiéniste.

Contrairement aux conclusions hasardées de divers auteurs, notre confrère a noté que les premiers mois de séjour dans les pays tropicaux ne provoquent pas la diminution des globules rouges. Cette raréfaction s'observe plus tardivement, vers la cinquième année, et résulte du régime plutôt que des influences thermiques, car les créoles, soumis au régime européen, ont un nombre de globules égal sensiblement à ce qu'il est en Europe. D'autre part, la variation numérique des globules blancs est peu marquée quand les sujets restent en état de santé, même malgré un séjour prolongé aux colonies.

Pour des individus de même race, l'influence du sexe est plus nette. En examinant le sang d'individus de race hindoue, noire et chinoise, notre confrère a trouvé un nombre moins grand de globules rouges chez la femme que chez l'homme et, par contre, un nombre de globules blancs plus élevés. Il motive ce fait par les hémorrhagies menstruelles et le travail de réparation qui les suit.

L'influence de la race est constante, car notre confrère a encore observé la pauvreté en hématies du sang des femmes noires et hindoues relativement au sang des Européennes. Le nombre des globules blancs est supérieur chez les négresses, et est à peu près égal chez les Hindoues et les Européennes.

Avec ces données d'hématimétrie normale pour base d'appréciation, M. Maurel aborde dans la dernière partie de son mémoire, les recherches d'hématimétrie pathologique. Cette étude conduit à des conclusions fécondes. C'est ainsi qu'au début de la fièvre bilieuse, les globules rouges et les globules blancs augmentent; que, dans la fièvre inflammatoire, la production des globules blancs s'arrête d'abord, pour s'exagérer au moment de la convalescence, tandis que, dans la fièvre jaune, la perte en hématies et en leucocytes est, dès l'abord, considérable.

M. Maurel applique encore ces données à l'étude hématimétrique de l'ictère, des affections du foie et des affections intestinales; de sorte que ces variations de rapport

entre les hématies et les leucocytes possèdent, on le voit, une réelle importance clinique. C'est donc à bon droit que le savant mémoire de notre distingué confrère de la marine mérite toute l'attention des cliniciens. L'hématimétrie n'a pas donné tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, et avec les autres méthodes d'étude du sang telles que la spectroscopie, promet encore d'autres découvertes. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

Epidémie d'érysipèle. — Erysipèles récidivants, par Paul Demieville. — Les érysipèles ont été assez fréquents, au commencement de cette année, en Suisse, dans les cantons de Vaud et de Fribourg, pour qu'on soit tenté d'admettre une sorte de *constitution érysipélateuse* en ne donnant pas d'ailleurs à ce mot d'autre signification que celle des conditions inconnues de milieu ayant favorisé, comme causes occasionnelles, l'expansion de l'agent septique du microbe pathogène de l'érysipèle, du streptococcus de Fehleisen, auquel l'auteur croit fermement.

Un des caractères de cette épidémie, c'est la fréquence des atteintes par récidives chez les personnes disposées à contracter l'érysipèle. Il s'agissait, d'ailleurs, d'érysipèles dits médicaux, aussi bien que de chirurgicaux. Il n'y a pas là deux maladies distinctes, pas même deux variétés de la même maladie; toujours il existe une lésion chirurgicale au point de départ; mais elle peut être tellement légère qu'elle ait disparu au moment où l'érysipèle se montre. Le plus souvent, cependant, on rencontrera une affection des paupières, du sac lacrymal, une otorrhée, un eczéma chronique de la lèvre ou du nez (rhinite antérieure); soit, aux extrémités inférieures, un ulcère variqueux, un eczéma chronique, etc.

Le peu de réceptivité des enfants était à noter, malgré le nombre considérable de manifestations scrofuleuses, conjonctivites, rhinites, etc., legs d'une épidémie de coqueluche antérieure. Des vaccinés n'en ont pas présenté un seul cas.

Il a été observé simultanément un nombre exceptionnel de panaris, surtout dans les maisons où les érysipèles avaient sévi. On sait que la coïncidence de ces deux affections a été plusieurs fois notée. Enfin, il y a eu recrudescence d'affections puerpérales, sans qu'on prétende solidariser les deux ordres de faits.

Suivent un certain nombre d'observations d'érysipèles récidivants dont la guérison de la lésion primitive semble avoir clos définitivement la série. Une situation pénible était celle de la sœur diaconesse X... qui redoutait toujours de voir apparaître un érysipèle dans le service auquel elle était attachée, sûre d'être immédiatement contagionnée. Du jour où elle a été débarrassée d'une rhinite chronique trop négligée, il y a de cela deux ans, elle a pu soigner ses érysipèlateux sans arrière-pensée. (*Revue médicale de la Suisse romande*, VII, 1885.) — R. L.

L'immunité provenant de l'hérédité, par le professeur R. Kaltenbach. — C'est toute une théorie, ingénieuse à la vérité, que propose l'auteur pour expliquer l'immunité qui n'est pas concédée par une atteinte antérieure, ou la vaccination. Voici un des faits sur lesquels elle se fonde. Dans une famille de six enfants, dont deux jumelles sont les aînées, un des plus jeunes prend la scarlatine; il est soigné avec dévouement par une des jumelles qui le prend dans son lit et ne le quitte qu'au moment où l'éruption apparaît. Elle ne contracte pas la scarlatine.

L'année suivante, la scarlatine est prise par la seconde des jumelles; or, bien qu'elle vécût dans une étroite communauté avec sa sœur, au point d'avoir toujours ensemble soit le rhume, soit le coryza (elles avaient aussi eu la rougeole simultanément), l'autre ne contracta pas la scarlatine, pendant que le plus jeune frère, âgé d'un an, la prit et fit même une néphrite.

Or, la mère avait fait dans son enfance, quatorze ans avant la conception des jumelles, une scarlatine grave; mais le père ne l'avait jamais éprouvée. On peut d'autant mieux admettre que l'influence paternelle avait annihilé sur un des œufs maternels l'immunité acquise, que la fillette qui se montre constamment indemne présente, au physique et au moral, tous les traits de sa mère, et l'autre ceux de son père.

Ce premier fait éclaire ce second. Une femme atteinte de variole accoucha, à Vienne, de trois jumeaux dont deux seulement présentaient une éruption de même nature, pendant que le troisième n'avait aucune trace de variole. Les sujets furent exhibés à la Clinique d'Hébra, il y a quelque seize ans. Il est évident (?) que le dernier avait été protégé contre la variole par l'immunité paternelle, car il est impossible de trouver en dehors de cette explication les raisons de cette résistance à une infection qui semble fatale. Schrœder a publié récemment une observation analogue.

L'immunité, ou tout au moins l'atténuation acquise par l'hérédité explique seule la disparition de ces épidémies terribles qui n'appartiennent plus qu'à l'histoire, ou la bénignité relative et l'extension restreinte d'autres affections qui se sont annoncées au début avec tout autre fracas. Tel est, inversement, le secret de la gravité des maladies épidémiques qui viennent ravager des îles ou des peuples longtemps tenus à l'écart.

Koch ne peut parvenir à inoculer les minces bacilles de la septicémie des souris, qui tuent sans exception en deux ou trois jours les souris domestiques, aux souris des champs. Sans doute celles-ci tiennent de l'immunité ancestrale acquise, cette préservation remarquable. Nous pourrions ajouter à cet exemple celui des moutons algériens réfractaires au charbon.

Cette vue n'est pas complètement neuve; mais elle est développée avec une netteté et une abondance qui feront beaucoup pour lui donner crédit. (*Virchow's Arch.*, C. I, p. 14, 1885.) — R. L.

Revue des Sociétés savantes de l'étranger

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE PENDANT L'ANNÉE 1885.

Énumérer tous les travaux de l'année 1885, serait une œuvre de longue haleine. Par contre ce serait fournir la preuve de la grande vitalité de cette savante institution liégeoise et de l'infatigable ardeur de nos confrères belges.

L'espace de cet article n'y suffirait guère; constatons seulement l'étendue et la variété de ces travaux. Ici, les chirurgiens s'empressent d'exposer leur pratique. M. Lenger fait connaître l'histoire d'une *ovariotomie* et d'une *résection* du *maxillaire supérieur;* M. Deschamps, celle de trois *ostéotomies* pratiquées l'une contre un genu valgum; les deux autres contre des déviations rachitiques du tibia; M. Leplat, communique l'histoire d'un *angiome de la face, guéri par l'électrolyse;* M. Troisfontaines, d'un *redressement du membre inférieur* ankylosé à angle droit sur le bassin depuis sept années *par une ostéotomie cunéiforme sous-trochantérienne*, et M. Delbastaille d'une *fracture en I* de la rotule traitée avec succès par la suture osseuse et d'une *fracture comminutive du frontal*, pour laquelle il dut pratiquer la trépanation. Ce sont là des faits de pratique; à côté d'eux, il faut encore citer une note de M. Schiffers sur *l'amygdalotomie*, dans laquelle, notre estimé confrère belge se déclare partisan de l'instrument tranchant, de préférence au galvano-cautère pour l'enlèvement de la glande.

Là, ce sont les médecins qui prennent leurs savants collègues pour juges de leurs travaux ou confidents de leurs opinions. Le *mycosis tonsillaire* a fourni la matière d'une communication de M. Boland, qui, après avoir analysé les travaux des auteurs, discute le cas d'un de ses malades dont les amygdales étaient couvertes de productions parasitaires. Une autre maladie parasitaire, la *pneumonie infectieuse*, est étudiée par M. Firket, dans le but d'en fixer la pathogénie. Cet observateur arrive à cette conclusion que l'infection pneumonique peut avoir pour origine le pneumococcus ou bien des micro-organismes différents, pénétrant par les alvéoles voisines du foyer pneumonique, et déjà dépourvues de la protection de leur épithéliome.

M. Hatkin a proposé un *traitement* nouveau des *éphélides*. A cet effet, il badigeonne avec un pinceau imbibé d'acide phénique concentré, les parties tachetées de la peau, en ayant soin de tendre celle-ci et de limiter soigneusement les applications, aux régions malades. M. Schiffers a étudié les *propriétés de la cocaïne*, et ces recherches contribueront certainement à fixer la valeur de cet agent médicamenteux.

M. Deschamps a essayé de préciser le *mode d'administration du chloroforme aux enfants*. Il préconise cet anesthésique à dose sidérante et a pu ainsi obtenir l'anesthésie pendant quarante ou cinquante minutes et avec 3 ou 4 grammes de chloroforme. Un fait d'intérêt aussi pratique pour les thérapeutes est celui que rapporte M. Troisfontaines. Il s'agit d'un *empoisonnement par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine*, après la dose de 1/2 milligramme de l'alcaloïde. Les accidents toxiques débutèrent rapidement et furent conjurés par l'injection sous-cutanée de 4 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine et ensuite d'éther sulfurique.

L'anatomie pathologique est en honneur parmi les médecins liégeois. Aussi M. Firket a lu d'intéressantes notes et montré des pièces relatives à *l'endocardite aiguë*, à un *épithélioma* dont le stroma était cartilagineux. M. Lenger a présenté les préparations d'un *sarcome* pesant 4,750 grammes et d'un *kyste osseux* de la malléole externe.

L'hygiène publique a occupé plusieurs séances de la Société. D'une part, *la recherche des mesures prophylactiques et des moyens de désinfection à employer dans les maladies infectieuses* était à l'ordre du jour. D'autre part, nos confrères discutaient les *causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Liège* en 1882-83. Cet ensemble de travaux dans les diverses branches de la médecine, témoigne de l'activité et de l'union des membres nombreux de cette Association. De plus, cette prospérité, ainsi que M. Schiffers, son secrétaire général, l'a écrit, donne lieu d'espérer que « d'année en année l'avenir de la Société médico-chirurgicale de Liège, s'annoncera toujours plus brillant. » — Ch. É.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Corlieu, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine pour la section des associés libres; — 2° une note de M. le docteur Susse, ancien interne des hôpitaux, sur la paralysie diphthéritique du pneumo-gastrique. (Comm. du prix Saint-Paul.)

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. Billard, membre correspondant décédé à Château-Gontier.

— M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Fouques, une brochure intitulée : *Considérations sur la rage canine.*

M. Léon Colin (du Val-de-Grâce) présente, de la part de M. le docteur Quivogne, médecin-major au 16e dragons, un travail manuscrit intitulé : *La fièvre typhoïde au quartier Dupleix du 20 août 1884 au 20 août 1885.*

M. Planchon, 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 adoptées sans discussion.

— M. Colin (d'Alfort) a la parole pour la continuation de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes. Après avoir rappelé ses nombreuses expériences relatives à l'injection des matières septiques ou purulentes chez les animaux vivants, l'auteur se demande si l'on est bien fondé à attribuer aux microbes la production des états septiques, la virulence et les états morbides spécifiques.

Ce qui le fait douter, dit-il, de l'importance de leur rôle dans le développement des accidents septiques, c'est que les microbes sont associés à des matières en apparence très toxiques qui tuent toujours les grands comme les petits animaux dans des délais très courts, à la condition d'être en quantité suffisante. Quand on aura produit ces accidents avec les vibrions septiques seuls associés à l'eau pure, il pourra se rendre sur ce point. Ce qui le fait douter de ce rôle, au point de vue de la virulence, c'est que, en

l'absence des micro-organismes, les choses se passent comme dans les cas où ils sont présents. Ils font défaut dans le virus rabique, dans le vaccinal, le claveleux, le péripneumonique, et l'on n'est pas sûr qu'il y en ait dans le cholérique, le typhique, etc. La virulence peut donc dépendre d'autre chose que des microbes.

Ce qui renforce encore les doutes de M. Colin, c'est que les micro-organismes sont signalés dans plusieurs maladies non virulentes ou non transmissibles par inoculation; ceux-là sont donc impropres à remplir comme les autres l'office d'agents vivants de contagion.

Tout bien considéré, il semble à M. Colin qu'aucun des rôles attribués aux êtres microscopiques n'est suffisamment prouvé. Si celui des bactéridies du charbon paraît l'être, on n'est pas en droit d'en tirer une conclusion applicable à toutes les maladies virulentes. Encore n'est-il pas certain que la bactéridie soit seule virulente.

D'ailleurs, qui a prouvé les rôles mécaniques, chimiques, physiologiques, prêtés à ces êtres? Qui a montré comment ils pourraient embarrasser la circulation, obstruer les vaisseaux, quand ils sont à l'état de fins corpuscules plus petits que les derniers débris des globules blancs? comment ils absorberaient l'oxygène du sang, au point d'asphyxier, notamment quand on les suppose anaérobies?

A quoi a-t-on reconnu qu'ils devaient fabriquer des ptomaïnes ou un poison quelconque? Qui a obtenu ces ptomaïnes sécrétées pendant le cours de telle ou telle maladie virulente? Ni M. Gautier, ni les expérimentateurs italiens n'en ont retiré une seule de cette espèce. Enfin, qui a démontré le prétendu fait de la sécrétion des ferments ou des zymases par ces petits êtres? Personne, de l'avis de M. Colin.

Au lieu de preuves, de démonstrations en règle et tout à fait scientifiques, on n'apporte, suivant lui, que des hypothèses. Il ne doit plus être question de miasmes, d'effluves, de gaz délétères, de matières putrides, de virus, d'altérations du sang; il n'y a de place désormais que pour les microbes. Un virus, une maladie virulente ne peuvent se faire sans eux. S'ils ne sont pas présents dans les liquides, on en suppose l'existence. Si on ne les voit pas entrer dans l'économie, on admet qu'ils y étaient cachés. Le pouvoir de la cellule vivante, du protoplasma de l'être tout entier, doit s'effacer devant l'omnipotence d'un microcoque ou d'une bactérie. D'un côté, on nie la production par l'organisme du moindre granule mouvant sous prétexte que la génération spontanée est inadmissible; de l'autre, on fait dériver la bactérie d'un granule immobile qui évolue. Une fois le granule devenu microbe, on lui attribue une génération alternante ou on le gratifie de la faculté de se transformer d'après les lois du darwinisme. Le microbe vulgaire, inoffensif dans un abcès de la cuisse, devient spécifique et tue en entrant dans la vulve ou dans l'utérus. Un autre végétera à l'état latent ou demeurera endormi dans un coin de nos organes pendant trente ou quarante ans, puis sortira de sa torpeur et exercera en quelques jours, en quelques heures, des ravages mortels. Tel sera éphémère, tel autre jouira d'une longévité indéfinie. Il ne reste plus qu'à dire ce microbe éternel, indestructible comme le microzyma antédiluvien conservé dans la craie des terrains tertiaires. Il laissera bien loin derrière lui les animaux ressuscitants, les rotifères que Spallanzani admirait et que les naturalistes, ses contemporains, regardaient comme l'une des merveilles du monde animé.

Il semble à M. Colin qu'on fait en ce moment un peu trop d'échappées dans le domaine de la fiction, ou du moins dans celui de l'inconnu. Il vaudrait mieux, suivant lui, s'attacher à éclaircir les points obscurs des questions que de tenter des synthèses dont on n'a pas rassemblé tous les éléments. Ni les matières toxiques fabriquées par l'organisme, ni les êtres qui s'introduisent dans nos organes et nos tissus ne donnent la raison de tout ce qu'on ignore en pathologie. Quoique l'économie prépare des poisons aussi redoutables que ceux de la Locuste antique, elle se préserve de leur action en les détruisant ou en les éliminant. Bien qu'elle soit imprégnée et même parfois saturée de ceux qui naissent de la respiration, des sécrétions, du travail nutritif, de la contraction musculaire, elle n'en souffre pas dans les conditions physiologiques. Elle n'en est lésée, ne périt, comme le disait M. Peter, que par une production excessive ou une insuffisante élimination. Elle résiste également avec non moins de succès à l'action des êtres microscopiques apportés en nombre infini par l'air, les aliments et les bois-

sons dans l'appareil respiratoire et dans les organes digestifs. Ce à quoi sa résistance est moins efficace, c'est à l'action des agents virulents. Elle s'y soustrait cependant dans une certaine mesure par des procédés de destruction et d'élimination qu'il nous importerait de bien connaître.

M. Cornil, à propos de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes, présente quelques considérations sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Cette terrible maladie n'est pas, dit-il, une seule et même affection. Si l'on considère seulement les accidents puerpéraux qui sont mortels, il en est qui appartiennent à la pyémie.

L'autopsie montre alors une péritonite suraiguë, une phlébite ou une lymphangite suppurative, des abcès dans différents organes, de la pleurésie, etc.

D'autres doivent être rangées dans les septicémies, véritables intoxications de tout l'organisme déterminées par les bactéries et par les alcaloïdes toxiques formés sous leur influence. Il n'y a pas de suppuration, pas de lésion nettement constatée à l'œil nu.

Dans l'un et l'autre groupe de ces accidents puerpéraux, on constate toujours l'existence des bactéries.

Ces micro-organismes pénètrent par la plaie utérine, résultant du décollement du placenta, par les déchirures du col et de la vulve. Ils ont d'autant plus de facilité à produire une action pathogène que la grossesse et la parturition ont modifié profondément l'utérus et troublé toute l'économie, en la mettant dans des conditions de réceptivités toutes spéciales.

Les microbes que l'on a trouvés dans ces différentes formes de fièvre puerpérale mortelles ont été divisés par M. Doléris en deux groupes :

1° Les microcoques sous forme de points, sous forme de couples et de chaînettes;

2° Des bâtonnets ou grands filaments (bactéries septiques de Pasteur).

La culture isolée de ces microcoques a montré que le strepto-coccus pyogenes, c'est-à-dire l'organisme en chaînettes, y était prédominant. On trouve aussi, dans la péritonite puerpérale, le staphylo-coccus pyogenes et les microbes capsulés de la pneumonie ou de la salive qui tuent les lapins (Babès). Ce sont là les microbes de la pyémie puerpérale.

Quant aux septicémies des nouvelles accouchées, elles sont dues aussi à plusieurs espèces de micro-organismes.

Ces micro-organismes viennent du vagin. Plusieurs espèces différentes de champignons et de bactéries s'y rencontrent à l'état de parasites habituels ou accidentels ; tels sont les leptothrix vaginalis et les microcoques. Il peut même y avoir, dans cette cavité muqueuse, des bactéries très nocives, chez des personnes bien portantes et qui n'en éprouvent aucun mal.

Des bactéries, qui sont inoffensives si la muqueuse est recouverte de couches épaisses de son épithélium, s'introduiront à la faveur de la plaie utérine ou de déchirures vaginales, et deviendront la cause des plus graves accidents. C'est ainsi que se produisent, à n'en pas douter, les pyémies et septicémies des nouvelles accouchées.

M. Cornil a fait précéder sa lecture d'une communication de M. le docteur Doyen (de Reims), sur le même sujet.

La séance est levée à cinq heures.

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 de médecine de Paris. — Les travaux pratiques d'histologie du deuxième

semestre de l'année scolaire 1885-1886, commenceront le vendredi 2 avril 1886, sous la direction de M. le docteur Rémy, agrégé, chef des travaux, et se continueront les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de deux heures à quatre heures de l'après-midi, à l'École pratique, rue Vauquelin, 2.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été pour tous les élèves de troisième année. (Les étudiants pour l'officiat ne sont plus astreints à ces travaux.) Les élèves auront à se munir des objets indiqués par M. le chef des travaux.

Les inscriptions seront reçues de midi à quatre heures de l'après-midi, au bureau du surveillant général de l'École pratique, du lundi 15 mars au mercredi 31 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée.

MM. les étudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— Par décision ministérielle, en date du 1er mars 1886, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Reverdit, à Thouars ; Faure, à Die ; Delaigue, à Poncin ; Licourt, à Châtillon-sur-Marne ; Riban, à Louvigné-du-Désert ; Leroyer, à Carrouges ; et à M. Liermain, officier de santé, à Carvin.

Nécrologie. — Le docteur E. Billod, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine et membre correspondant de l'Académie de médecine, est décédé vendredi dernier, à Château-Gonthier (Mayenne), âgé de près de 70 ans. Elève et interne de Falret père, il entra, dès qu'il fut reçu docteur (1843), dans le service des aliénés et montra aussitôt des capacités administratives de premier ordre. Après avoir dirigé plusieurs asiles de province, parmi lesquels nous citerons particulièrement ceux de Blois et de Saint-Gemmes, près Angers, il fut appelé à organiser le service de Vaucluse (Seine-et-Oise), un des établissements créés pour les aliénés du département de la Seine.

— Nous apprenons la mort, à l'âge de 66 ans, de M. le docteur Courty, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 mars 1886. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de candidature. — 2. M. Dehenne : Note sur l'emploi des préparations ergotées (Ergotine ou ergotinine) en injections sous-cutanées chez les diabétiques et les albuminuriques. — 3. Communications diverses. — 4. Note sur la candidature de M. le docteur Rey, de Grenoble (membre correspondant).

Cours public et gratuit d'urologie. — Le docteur H. Picard commencera ce cours le dimanche 14 mars à 10 heures, 13 rue Suger, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, aura lieu en six leçons.

Le Vin Durand est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif, ni purgatif, détruise la constipation. C'est le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-H. Petit : De l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites. — II. Bibliothèque : Etude de la régénération des nerfs périphériques. — Etude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains. — III. Revue des Journaux : Traitement des engelures. — De la cocaïne contre la morphinomonie. — IV. Sociétés médicales des départements : Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire (2e sem. de 1885). — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

De l'introduction dans les voies aérienne s de dents extraites.

Dans mon article sur la chirurgie du poumon, inséré dans l'*Union médicale* du 14 janvier dernier, j'ai fait allusion à un cas assez rare d'introduction d'une dent arrachée dans les voies aériennes, où elle avait causé des accidents graves qui déterminèrent un chirurgien anglais, M. Marshall, à pratiquer la pneumotomie pour essayer d'extraire par cette voie le corps étranger.

Un de nos lecteurs de province, M. le docteur Pieau, de Meslay-du-Maine (Mayenne) a bien voulu m'envoyer la relation d'un cas du même genre, qu'il croyait unique, en me priant de lui donner quelques détails sur le fait que je n'avais fait que mentionner dans mon article. Je me rends d'autant plus volontiers à cette demande qu'elle m'a été aussi adressée par d'autres confrères. Je dois dire d'ailleurs que les faits de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement, et qu'un travail sur ce sujet est en ce moment en voie de préparation.

On en trouvera, entre autres, trois cas dans le *Traité des corps étrangers en chirurgie*, de M. Poulet. Dans un cas, la dent fut expulsée au bout de cinq semaines dans un violent accès de toux (p. 380); dans un autre, un enfant fut asphyxié par une dent de lait tombée dans le larynx (p. 386); dans un troisième, les accidents s'aggravèrent peu à peu et le malade mourut phthisique (p. 427).

Je vais d'abord rapporter l'observation de M. le docteur Pieau, qui, au

FEUILLETON

CAUSERIE

Les beautés de la statistique. — Stérilité et fécondité des ménages parisiens. — Projet de brasserie-bibliothèque. — A propos de cartomancie médicale.

Il faut convenir que les statisticiens ont des procédés scientifiques bien bizarres. Sous prétexte de ramener tous leurs chiffres à *tant pour 100*, ils vous font des fractions d'individus avec une désinvolture bien extraordinaire. S'il s'agissait de lapins, passe encore! Mais des êtres humains que l'on coupe en quatre, en huit, en douze et même en treize, comme de simples quartiers d'oranges, voilà ce que je n'ai jamais pu comprendre. Dans un de ses derniers romans, le dernier même, si je ne me trompe, M. Ch. Chincholle écrit, à la page 2 de son *Vieux général*, que les statisticiens ont trouvé qu'il y avait en moyenne, sur huit femmes, dans un bal, une jolie femme trois septièmes! Ces trois septièmes de jolie femme m'ont fait rêver. Heureux statisticiens, qui ont conservé, au sein de l'abrutissement où l'on dit que les chiffres les plongent, assez de jeunesse dans le cœur pour pouvoir apprécier qu'une femme n'est qu'aux trois septièmes jolie. Après tout, cela prouve peut-être aussi qu'ils sont tellement revenus de leurs illusions de jeunesse qu'ils peuvent considérer froidement, mathématiquement la beauté d'une femme, au point de pouvoir, sans se tromper d'un 1/2 pour 100, l'évaluer à sa juste valeur.

point de vue de la date, a la priorité sur celle de notre confrère de Londres.

Le 8 janvier 1839, le nommé Dutour, fermier, souffrant d'une dent cariée, se rendit au Bourg-Levesque pour la faire extraire. Le dentiste, l'ayant fait asseoir et s'étant placé derrière lui, renversa fortement la tête en arrière, cette position étant beaucoup plus commode pour extraire la dent, qui était la dernière molaire en haut et à droite. Celle-ci sauta au premier effort, et, échappant à la clef de Garengeot, tomba dans le larynx, probablement aspirée dans la glotte par suite du mouvement instinctif déterminé par la douleur.

Ce qui aurait dû éclairer le dentiste, c'est que : 1° cherchant la dent, il ne la trouva ni dans la bouche, ni sur les vêtements de Dutour, ni autour de lui ; 2° la déclaration de l'opéré, qui, pris subitement d'une violente toux, fit signe, ne pouvant le dire, que la dent était tombée dans sa gorge.

La toux continuelle, accompagnée d'une vive douleur, persista plusieurs jours, un médecin consulté se contenta de faire un examen superficiel, et sans percuter ni ausculter la poitrine, se prononça pour une bronchite et plus tard pour la phthisie. En effet, l'état, loin de s'améliorer, s'aggrava ; le malade perdit le sommeil, l'appétit, les forces, en même temps que survenaient une fièvre continue et une expectoration de plus en plus abondante. Cet état persista jusqu'à la fin du mois d'août, époque à laquelle M. le docteur Pieau fut appelé.

L'examen de la poitrine montra que le poumon gauche ainsi que le sommet et la base du poumon droit étaient absolument sains ; il n'y avait donc pas lieu de songer à la phthisie, mais tout faisait croire que les faits racontés par le malade et sa famille étaient vrais, et que les accidents étaient causés par un corps étranger introduit dans les bronches. M. Pieau n'osa avoir recours aux vomitifs, vu l'état misérable du malade ; il prescrivit le tabac à priser, pensant que, le malade n'en faisant pas habituellement usage, cette substance provoquerait des éternuments énergiques qui pourraient dégager et peut-être même chasser définitivement le corps étranger, logé suivant toute apparence dans une des bronches principales du poumon droit. Il recommanda en outre, pour favoriser l'action du sternutatoire, de rester le plus possible penché sur le côté gauche. Deux ou trois jours après, la mère de Dutour arriva chez M. Pieau à cinq heures du matin, toute radieuse et apportant la dent que son fils avait rejetée dans la nuit, après deux violentes et longues quintes de toux dont la première provoqua l'expectora-

---

Pour ma part, je dois avouer qu'il me serait impossible d'y regarder d'aussi près, froidement. Je crois même que je m'y tromperais certainement d'au moins 2 ou 3 p. 100.

Si encore on avait recours, pour apprécier ces délicatesses, à des instruments perfectionnés comme le sphygmographe, le thermomètre, qui indiquent avec une précision à peu près absolue la nature des battements du cœur et le nombre de degrés de la température! Et, une fois ces résultats constatés, on les consigne sur le papier, où chacun peut ensuite les lire et apprendre que M. ou Mme X... a 80 ou 120 pulsations, le pouls agité et capricieux, et 39 ou 40 degrés de température quand ils ont la grippe. (Je prends la grippe comme exemple, parce qu'elle règne tyranniquement en ce moment.)

Mais, au fait, pourquoi n'employerait-on pas ces moyens ou des moyens semblables, pour apprécier exactement la beauté d'une femme. Par exemple, on prendrait un expert suffisamment jeune et sensible encore ; on s'assurerait du nombre de ses pulsations quand il aurait des pensées calmes (on lui lirait, par exemple, les contes de Berquin) ; ce serait son état normal, 65 pulsations, si vous voulez. Ceci posé, on ferait comparaître devant lui la dame dont on voudrait constater la beauté ; si le nombre des battements n'augmentait pas, c'est que la dame serait laide ; s'il augmentait de 10, de 15, de 20, la dame serait jolie de 75, 80, 85 pour 100, le nombre 100 indiquant la beauté parfaite ; à 100 et au delà, il n'y aurait plus d'hésitation possible ; mais je pense qu'il serait bon de surveiller l'expert.

Je livre ce projet aux partisans des concours pour le prix de beauté, qui ont été si

tion d'une forte gorgée de sang et la seconde enfin l'expulsion de la dent, qui, en tombant, résonna sur le pavé.

Bientôt après, la fièvre et l'expectoration diminuèrent, l'appétit, le sommeil et les forces revinrent, et Dutour se trouva assez complètement rétabli pour se marier au printemps suivant.

Le fait de notre confrère anglais eut une terminaison moins heureuse, puisqu'une exploration directe deux fois répétée ne put débarrasser le patient de la dent qui s'était égarée dans ses bronches.

Un homme de 37 ans, de bons antécédents héréditaires et sans maladie antérieure, se fit extraire, en novembre 1882, la seconde molaire inférieure gauche avec un élévateur. Lorsqu'il demanda à la voir, le dentiste ne put la lui montrer. Le malade avait senti, au moment de l'extraction, quelque chose dans le gosier, et toussé légèrement; une gorgée d'eau avait fait disparaître cette sensation.

En se levant du fauteuil d'opérations, il éprouva une dyspnée subite, intense, et faillit étouffer; cet état dura quelques minutes, puis disparut; il resta cependant un point douloureux vers le sein droit. La toux reparut ensuite et persista toute la nuit et les quinze jours suivants avec des alternatives de calme et d'exacerbation.

Le malade entra à l'hôpital Saint-Thomas, où il demeura deux semaines; il s'aperçut alors qu'une bonne dent lui manquait et que celle qu'il croyait arrachée restait en place. Il existait à ce moment une expectoration abondante, spumeuse, parfois teintée de sang.

Deux mois après, il entrait dans le service de Fowler; il avait maigri de 15 livres, avait la fièvre, toussait beaucoup, respirait avec peine, et rendait, dans les vingt-quatre heures, une demi-pinte d'un mucus spumeux. Vers le premier et le second espaces intercostaux droit, on constate une légère dépression, et par la percussion et l'auscultation, tous les signes d'une large excavation siégeant à deux doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate, et tout autour une zone assez large de pleuro-bronchopneumonie.

Dans une consultation, on décide d'ouvrir, de drainer la cavité et d'extraire, si possible, la dent tombée dans les bronches.

Le 2 mars 1883, après anesthésie, Marshall enfonce, à deux doigts de la colonne vertébrale et dans le huitième espace intercostal, un trocart, incise en bas et en dehors,

---

embarrassés l'an dernier. Ce serait là, je crois, le moyen de simplifier considérablement les opérations du jury.

Mais voilà des réflexions qui me paraissent bien sentir le carnaval. — Passons à des choses plus sérieuses.

La *Revue scientifique* a publié dans son numéro du 27 février 1886, sur la stérilité et la fécondité des ménages parisiens, un article qui m'a beaucoup intrigué. Cette statistique porte sur les ménages qui, en 1882 et 1883, existaient dans notre bonne ville de Paris. Eh bien, justement, l'auteur de l'article, qui pourtant a un esprit profondément scientifique, n'a pas hésité à couper les ménages et même les enfants en plusieurs morceaux. Il est vrai que l'auteur est grand partisan de la méthode expérimentale, mais il est non moins bon mari et bon père. Par exemple, après avoir énuméré le nombre de ménages qui ont eu 1, 2, 3, 4, ... jusqu'à 13 enfants et au-dessus, il fait une moyenne qui ramène tous ces chiffres à tant pour 100, et nous apprenons qu'il y avait à Paris, en 1882-83, une proportion de 14 ménages 7 dixièmes ayant 1 enfant; 16 ménages 1 dixième ayant 3 enfants; 1 ménage 1 dixième ayant 11 enfants, et 0 ménage 2 dixièmes ayant 13 enfants. — Comme c'est drôle la statistique ! Et le petit tableau suivant, qui nous dit combien sur 7 enfants nés il reste d'enfants vivants : 3 ménages 6 dixièmes ont 7 enfants vivants; — 7 ménages 8 dixièmes ont 6 enfants vivants et 1 mort, etc., et 4 ménages 7 dixièmes ont eu leurs 7 enfants morts. Non, voyez-vous, malgré le caractère triste du sujet, voilà des dixièmes de ménages qui me donnent bien envie de rire.

puis dilate avec un gorgeret la plaie par laquelle s'écoule du pus sanieux, fétide, mélangé d'air; le malade rend, en toussant, trois ou quatre gorgées de sang.

Le chirurgien glisse son doigt dans la poitrine et arrive dans une cavité spacieuse, à parois indurées, et paraissant située dans le poumon. On introduit une sonde qui s'engage dans une bronche; on la remplace par une pince, espérant saisir le corps étranger. Vains efforts! On débride alors largement l'excavation avec un bistouri boutonné et sur conducteur. Une hémorrhagie considérable, d'une demi-pinte environ, survient; on l'arrête par un tamponnement phéniqué qu'on laisse jusqu'au soir; puis on applique un pansement. Crachats muqueux, rougeâtres; la fièvre continue.

Le 5 mars, on enlève le tampon et on le remplace par un tube à drainage; l'expectoration devient muco-purulente, puis purulente et très abondante; le pansement est souillé par une matière semblable; puis l'étendue du son caverneux diminue; pendant le mois d'avril, la toux est moins pénible, les sueurs sont moins profuses, l'expectoration diminue, mais reste purulente.

Le 29 mai, durant l'anesthésie, on fait, sans résultat, une nouvelle exploration. Le malade sort en juillet et rentre en août; on raccourcit graduellement le drain et la plaie se ferme vers le mois d'octobre. Pendant l'hiver, l'état reste le même; l'expectoration purulente et les signes cavitaires, un peu moindres, persistent. Les tissus sont indurés autour de la caverne et présentent quelques craquements. Le reste du poumon paraît indemne.

En somme, l'amélioration est incontestable, mais la guérison n'est pas obtenue.

M. le docteur Pieau conclut de son intéressante observation : 1° qu'on ne doit pas renverser en arrière la tête de celui à qui on veut extraire des dents, surtout à la mâchoire supérieure; 2° que les sternutatoires, voire même les vomitifs, peuvent faire rejeter un corps étranger introduit dans les voies aériennes.

Ces conclusions sont très logiques; mais il faut bien tenir compte de la situation à donner à l'opéré pour l'anesthésie et qui exige précisément le décubitus horizontal. A la vérité, l'anesthésie pour les extractions dentaires, qui avait acquis une si grande extension, a un peu diminué de vogue depuis plusieurs mois, et il devient alors possible de les pratiquer sans trop renverser en arrière la tête des patients. L.-H. PETIT.

Mais ce n'est rien auprès du tableau qui vient ensuite, et qui concerne les ménages stériles.

Sur 100 ménages ayant duré 1 an, il y en eut 15, plus 1 dixième, qui sont restés stériles; — et bien entendu, la proportion décroît avec la durée du mariage, et c'est ainsi que nous voyons qu'il n'y a que 3 ménages 3 dixièmes ayant duré de 17 à 20 ans sans avoir conçu, et 1 ménage 8 dixièmes ayant cohabité plus de 20 ans sans avoir donné aucune preuve de leur fécondité.

Je me demande sur lequel des deux conjoints on doit rejeter les dixièmes.

Ces documents sont tirés des bureaux de la statistique municipale de Paris. La *Revue scientifique* les trouve très intéressants à plusieurs points de vue, et nous partageons son avis; elle espère que dans le prochain volume on développera encore d'autres aperçus non moins intéressants; qu'il me soit permis d'émettre le vœu que les mathématiciens des bureaux de notre statistique municipale veuillent bien ramener leurs proportions à 1,000 au lieu de 100, ce qui transformera les dixièmes, qui nous ont tant étonné, en unités qui choqueront moins les lecteurs aussi peu habitués que nous aux finesses arithmétiques de la statistique parisienne ou autre.

***

Tous les journaux politiques disent à l'envi, et chacun répète que les affaires ne vont pas; que le commerce est dans le marasme, etc., et néanmoins les brasseries croissent de tous côtés, sous l'égide de rubriques plus ou moins archaïques. Mauvaise herbe croît

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉGÉNÉRATION DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES, par M. le docteur H. MARCIGUEY. — Paris, 1886; G. Steinheil.

Sous ce titre, notre nouveau confrère et ancien collègue traite du mode de cicatrisation médiate des nerfs sectionnés. C'est dans ce sens qu'il faut définitivement, d'ailleurs, entendre le mot régénération des nerfs; car cette régénération ne fait plus doute pour personne, bien que les auteurs s'entendent fort peu sur l'interprétation de son processus.

M. Marciguey résume brièvement les travaux de ses devanciers, tout en donnant très légitimement la part la plus grande aux recherches de l'Ecole française. Dans un second chapitre, il étudie les deux modes de réunion : la réunion des nerfs sectionnés par première intention, c'est-à-dire avant toute dégénérescence, et la réunion médiate ou secondaire, c'est-à-dire après dégénération.

Après cet exposé, où la physiologie tient une grande place, l'auteur aborde le chapitre plus clinique du diagnostic symptomatique de la régénération nerveuse. Ici, les difficultés sont assez grandes, car dès l'abord les troubles fonctionnels peuvent manquer en raison de suppléances fonctionnelles et, plus tard, il existe une différence entre le retour des fonctions et la régénération anatomique du tronc nerveux lui-même. Celle-ci n'est donc pas la conséquence nécessaire de celle-là.

A propos des troubles trophiques des diverses périodes de la régénération nerveuse, M. Marciguey signale la chute des orteils de cobayes, expérimentée par M. Laborde. Il lui aurait été aisé de trouver des faits semblables dans les travaux anciens ou récents et en particulier dans ceux de M. Brown-Sequard. En 1882, M. Hénoque et moi, dans le cours de *nos études expérimentales sur les fonctions du nerf phrénique*, nous avons noté et signalé à la Société de biologie les altérations du diaphragme dans les premiers jours qui suivirent l'arrachement des racines de ce nerf. Plus tard, nous constations sur les cobayes, les chats et les singes des régénérations nerveuses telles que le nerf phrénique adhérait à une cicatrice nerveuse, formant un véritable plexus unissant les paires cervicales et le plexus brachial. Au début, les muscles intercostaux inférieurs de ces animaux s'hypertrophiaient, suppléant ainsi aux élévateurs du thorax; plus tard, après la régénération du nerf, cette hypertrophie disparaissait quand les muscles avaient repris leurs fonctions.

---

toujours ! — Maintenant nous venons d'avoir la brasserie ou le cabaret des apothicaires, je ne sais pas au juste.

Ces jours derniers, j'ai aussi élaboré un plan de brasserie, que je livre gratis, sans prendre de brevet.

Quand j'étais étudiant, et que je travaillais chez moi, il m'arrivait parfois de trouver la solitude très pesante, et de rêver de travailler avec quelques camarades; on flâne moins quand on travaille avec d'autres jeunes gens tout disposés à tourner en raillerie vos rêveries; on n'ose même plus bailler. Mais on fumerait volontiers une pipe ou une cigarette, et on boirait bien un bock à l'occasion. Mais, entre camarades, cela ne se fait pas; cette camaraderie tournerait au petit cénacle; l'amour-propre conduirait à s'offrir réciproquement trop de bocks et de pipes, et on ne travaillerait plus. Et puis, il faut bien dire qu'on n'y pense pas. Que de fois j'ai entendu mes camarades, dans les cabinets de lecture ou dans les bibliothèques de l'Ecole de médecine ou de Sainte-Geneviève, s'écrier : « Dieu ! que je fumerais bien une cigarette ! » Mais il faut remettre son paletot, descendre, puis remonter; s'installer de nouveau, si la place n'est pas prise.

Eh bien, voici en deux mots mon projet. Au lieu d'une de ces nombreuses brasseries qui inondent le quartier, et qui, comme disait si spirituellement un de nos confrères, font refluer la marée depuis le pont Saint-Michel jusqu'au bassin du Luxembourg, je voudrais voir un établissement mixte, mi-cabinet de lecture et mi-brasserie. Une brasserie d'un côté, tenue par des hommes, et inaccessible au sexe faible; de l'autre, un

C'est assez montrer la difficulté et la complexité du sujet que M. Marciguey a pris pour thèse. C'est aussi lui rendre justice pour les considérations cliniques et chirurgicales qu'il a su habilement développer. Ce mémoire inaugural méritait plus que des éloges de convention. Comme toutes les œuvres de valeur, il supporte aisément le jugement de critique et doit obtenir l'attention sympathique du lecteur. — Ch. E.

Étude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains, par le docteur Philbert. Paris, 1885; Asselin.

Notre estimé confrère avait quelques motifs légitimes pour prendre la plume en faveur de ces eaux thermales auprès desquelles il exerce. Il en a l'expérience, sinon l'enthousiasme; enthousiasme qui serait d'ailleurs bien excusable dans le mémoire actuel qui est l'extrait d'un rapport officiel.

M. Philbert y démontre l'action élective de ces eaux sur le tube digestif et surtout le foie; leur action purgative dans la constipation et l'obésité; enfin, leur utilité contre la dysménorrhée, la leucorrhée et les congestions utérines. Il y établit encore l'impossibilité de limiter à l'avance la durée du traitement thermal et, appuyé sur l'opinion de Lasègue, la nécessité de le proportionner à la tolérance du malade et aux effets obtenus. Enfin, l'auteur fait un choix dans les nombreuses affections contre lesquelles les eaux de Brides ont été préconisées et, fort d'une expérience bien acquise, restreint leurs indications aux maladies qui lui ont paru se modifier spécialement sous leur influence. Cette courte brochure est donc marquée au meilleur coin de la sagacité clinique et de la bonne foi thérapeutique. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des engelures, par M. Meurisse. — Notre confrère préconise le moyen suivant qui, s'il n'a pas le mérite d'une efficacité supérieure à celle des autres médications, possède l'avantage de la simplicité. Il consiste à faire prendre chaque jour aux porteurs d'engelures deux bains locaux d'une minute dans un litre d'eau acidifiée avec un verre à liqueur d'acide sulfurique du commerce.

Ce traitement convient également dans les cas d'engelures ulcérées, et provoque une sensation de picotement et de chaleur, qui disparaît pour faire place au bien-être.

cabinet de lecture; entre les deux, une galerie. On pourrait fumer dans celle-ci, en se détirant les jambes; boire, travailler et fumer dans la brasserie; causer, discuter, lire même les journaux politiques ; mais tous les jeux en seraient sévèrement bannis. Le cabinet de lecture, séparé de la brasserie par la galerie, serait le refuge des livres et des travailleurs sérieux, ou de ceux qui détestent la fumée de tabac, le bruit, etc.

Je suis persuadé qu'un établissement de ce genre aurait une clientèle nombreuse et assurée, et que bon nombre d'étudiants qui passent leur journée à inventer mille moyens plus ou moins inefficaces de tuer le temps, trouveraient dans ma brasserie-bibliothèque un remède héroïque contre l'oisiveté et les autres brasseries.

Et ceci n'est pas un conte de Mardi-Gras. Je vois d'ici au moins deux endroits qui pourraient servir à la réalisation de mon projet, du côté de la rue de la Sorbonne et du passage du Commerce. Qui sait si le café Procope n'aurait pas pu se régénérer de cette manière?

***

Vous savez que les enfants sont terribles. De mon temps, on croyait vexer beaucoup les domestiques qui ne faisaient pas nos 119 volontés en leur donnant des noms incompréhensibles pour eux, et un de mes jeunes amis, dont le grand frère était en rhétorique, a reçu un jour une belle giffle de sa bonne pour l'avoir appelée : « *Catachrèse!* » Est-ce que ma petite fille ne vient pas d'appeler la sienne : « *Gros microbe!* » Signe des temps!

M. Meurisse a eu l'occasion de vérifier souvent l'utilité de cette médication. (*Journal des sciences médicales de Lille,* p. 756, 20 novembre 1885.) — C. L. D.

De la cocaïne contre la morphinomonie, par Smidt et Rank. — Dans le traitement de cette affection, les observateurs regardent la cocaïne comme l'auxiliaire indispensable de toute médication. On doit l'administrer à doses croissantes à mesure qu'on diminue les doses habituelles de morphine. On l'introduit dans l'organisme, comme cette dernière, c'est-à-dire par la voie sous-cutanée et à la dose d'un demi-grain à un grain et trois quarts sans excéder jamais trois grains. Jusqu'ici, on n'a pas constaté d'accidents de cocaïsme, à la suite de ce traitement. (*Berliner klin. Woch.* 14 septembre 1885.) — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ÉTIENNE ET DE LA LOIRE PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE 1885.

Quoique bien connues, les luxations complètes du genou se rencontrent rarement. Tel est le motif de la communication de M. Nodet (du Chambon-Feugerolles), sur la *luxation complète du genou en avant* qu'il a observé chez un forgeron, dont la jambe droite avait été prise entre une pierre et la roue d'un char. La tête du tibia était luxée en avant et le condyle interne du fémur faisait issue par une plaie du mollet. On réduisit; on appliqua un pansement ouaté. Actuellement la guérison est complète, et l'articulation a retrouvé toutc sa mobilité.

Après ce fait clinique, tout à l'honneur de l'habileté chirurgicale de M. Nodet, voici une discussion sur un sujet souvent débattu; elle a été ouverte par une note de M. Grand sur une *indication de l'amygdalotomie.* Cette indication résulte des troubles auditifs causés par les récidives fréquentes du catarrhe pharyngien et des engorgements de la muqueuse tubo-tympanale sous l'influence de l'hypertrophie des amygdales. L'excision de celles-ci doit, d'après notre confrère, précéder toutes les autres médications, et, dans ce but, il préfère l'amygdalotomie au bistouri et au thermo-cautère.

Un mémoire de M. Chavanis sur la *phlébite rhumatismale* au cours d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire, fournit à notre confrère l'occasion de conclure que cette

* * *

L'*Union médicale*, par la plume de plusieurs de ses collaborateurs, Simplissime en particulier, s'est fait un devoir depuis plusieurs années, de rendre compte à ses lecteurs des efforts très louables que font les dentistes de Paris pour relever leur profession aux yeux du public, soit par la création d'écoles spéciales, soit par les soins gratuits et éclairés qu'ils prodiguent aux indigents. Chaque fois que l'occasion s'en est présentée, notre journal s'est plu à encourager les dentistes à persévérer dans cette bonne voie. Je croyais donc pouvoir risquer une plaisanterie sur leur compte sans crainte d'encourir leur colère. Je me suis trompé.

Dans une de mes dernières *Causeries*, je me suis permis de plaisanter quelques-uns de nos confrères qui *posent* un peu trop sur leurs cartes de visite; beaucoup en ont ri; un seul s'est fâché. C'est un dentiste qui, oubliant toutes les preuves de dévouement que nous avions données à sa cause, s'est cru, bien à tort, ridiculisé dans sa personne et dans celle de sa corporation. Pour ma pénitence, il m'a infligé une lettre de quatre pages, dont j'ai essayé en vain de comprendre la première, (hélas ! on ne s'improvise pas plus écrivain que dentiste !) et dont je n'ai pas lu les autres. — Quatre pages pour quatre lignes ! la pénitence est un peu trop dure. — Allons, cher Monsieur H..., vous avez eu le temps de vous calmer depuis un mois; relisez mon article, riez-en, et une autre fois, avant de lancer vos foudres, méditez ce vieux proverbe : *Tu te fâches, Jupiter, donc tu as tort !*

oblitération veineuse est de nature thrombosique. Il la confond donc volontiers avec la phlegmatia alba dolens, car elle ressemble à cette affection plutôt qu'à la phlébite.

C'est encore une question dogmatique que soulevait M. Raynaud dans sa note sur l'*herpès labialis dans la pneumonie des enfants*. En effet, d'après ses observations personnelles, il se déclare contre ceux qui regardent l'herpès comme un phénomène critique, car, dit-il, cette éruption retarde sur la localisation pulmonaire et précède de longtemps la période de défervescence. Quant à sa valeur pronostique, notre confrère semble lui attribuer, avec d'autres auteurs d'ailleurs, une importance relativement à la bénignité de la pneumonie. M. Dujol ne partage pas cette opinion.

Un mémoire non moins intéressant sur une cause d'*intoxication saturnine chez les télégraphistes* fait honneur à la sagesse clinique de M. Fleury. Les saturnins qu'il signale sont chargés de la pose des fils télégraphiques, de l'entretien des piles et des sonneries en usage sur les voies ferrées. Les accidents qu'ils présentent résultent du maniement du chlorure de plomb qui forme des efflorescences à la tête des piles. Cette cause d'intoxication plombique mérite certainement l'attention de tous ceux qui s'occupent d'hygiène professionnelle.

Enfin, voici encore deux observations d'intérêt pratique. L'une, de M. Couturier, est relative à une *sclérose en plaques presque guérie après une fièvre typhoïde*. Cette amélioration débuta au cours de cette dernière maladie et persista depuis; c'est là un fait si exceptionnel que M. Raynaud, l'un des collègues de M. Couturier, croit qu'il s'agissait d'une pseudo-sclérose en plaques. — L'autre, de M. Duchamp, a pour sujet l'*opération de Porro* sur une femme arrivée au terme de la grossesse. L'enfant survit, mais la mère a succombé le huitième jour dans le collapsus. Il est vrai que cette femme était épuisée par un travail de vingt-quatre heures quant elle fut opérée et cette cause doit expliquer l'insuccès partiel de l'opération.

Par ces divers travaux, on jugera de l'activité de cette savante Société qui toujours maintient le rang élevé qu'elle occupe à bon droit parmi les meilleures Associations scientifiques des départements. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 mars 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vulpian donne des nouvelles de M. Chevreul qu'il est allé voir avant la séance.

Ce qui ne m'empêchera pas, le cas échéant, de dire tout le bien que je pourrai penser des dentistes, de leurs écoles et de leurs progrès, surtout s'ils arrivent à faire cesser la division qui règne parmi eux. L'union fait la force. Simplissime.

Elixir de pepsine. — P. Vigier.

Pepsine extractive	20	grammes.
ou pepsine médicinale en poudre	50	—
Eau distillée	335	—
Sirop de sucre	400	—
Rhum à 45°	265	—

Délayez la pepsine dans le mélange des liquides, et filtrez après vingt-quatre heures de macération. Cet élixir est d'un goût très agréable et d'une très bonne conservation.

N. G.

Pommade contre l'eczéma du cuir chevelu. — Lassar.

Acide salicylique	1	gramme.
Teinture de benjoin	2	grammes.
Vaseline	50	—

F. s. a. Une pommade recommandée contre l'eczéma du cuir chevelu des enfants. Pour ramollir les croûtes et nettoyer le cuir chevelu, l'auteur emploie l'huile salicylée à 2 p. cent. — N. G.

Le vénérable doyen de l'Académie est en bonne voie de rétablissement et pourra sans doute assister à la séance prochaine.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. VULPIAN donne lecture des propositions suivantes, prises à l'unanimité par la commission nommée le 1er mars :

Art. 1. — Il sera fondé un élablissement anti-rabique sous le nom d'Institut Pasteur.

Art. 2. — Les Français et les étrangers sont admis à y prendre part.

Art. 3. — Il sera ouvert une souscription publique pour recueillir les fonds nécessaires à cette fondation.

Art. 4. — Le comité est composé de MM. Jurien de la Gravière, Bertrand, Pasteur, Vulpian, Richet, Hervé-Mangon, Freycinet, Camille Doucet, Jules Simon, Alphonse de Rothschild, Béclard, Brouardel, Grancher, J. Magnin, etc., etc.

Art. 5. — Les souscriptions peuvent être versées à la Banque de France et au Crédit foncier.

Art. 6. — Les noms des souscripteurs seront inscrits au *Journal officiel*.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture du décret par lequel est approuvée la nomination de M. Marcel Deprez comme membre titulaire de la section de mécanique, en remplacement de M. Tresca. Le nouvel académicien prend place parmi ses confrères.

M. le docteur NIEPCE rappelle qu'il a fait présenter à l'Académie de médecine, au mois de janvier 1884, par M. Bourdon, un travail relatif à la guérison de la tuberculose par le gaz sulfhydrique.

M. GOMBAULT, par l'intermédiaire de M. Charcot, adresse la note suivante sur les lésions de la névrite alcoolique :

« On sait aujourd'hui que l'alcoolisme chronique peut s'accompagner de lésions profondes des nerfs périphériques, indépendantes d'une altération équivalente dans la moelle épinière ou dans les racines rachidiennes. Les deux cas que nous avons étudiés ne font nullement exception à cette règle. On sait, de plus, que les caractères anatomiques de cette névrite périphérique d'origine alcoolique sont très analogues, sinon identiques, à ceux de la dégénération wallérienne. Mais, si l'on connaît bien ce qu'on pourrait appeler la période d'état et les phases ultimes du processus, on est beaucoup moins bien renseigné au sujet de la période initiale. Les faits que nous nous proposons de relever ici spécialement nous semblent de nature à éclairer, dans une certaine mesure, l'étude de cette phase initiale. A côté des fibres nerveuses présentant tous les caractères assignés par M. Ranvier à la dégénération wallérienne, et qui forment la grosse masse des fibres altérées, on en rencontre d'autres, en petit nombre, il est vrai, au niveau desquelles la lésion se présente avec des caractères absolument différents. D'une part, la gaine de myéline, au lieu d'être grossièrement sectionnée et de former des boules volumineuses, est finement émulsionnée; le plus souvent, les fines particules graisseuses ainsi produites sont englobées par des cellules volumineuses, qui constituent à l'intérieur de la gaine de Schwann un véritable manchon de corps granuleux.

« D'autre part, le cylindre-axe *persiste*, tandis que, dans le cas de la dégénération wallérienne, il disparaît rapidement. La présence du cylindre-axe est toujours difficile à constater sur les fibres traitées par l'acide osmique. Mais, en variant les modes de préparation et en comparant les résultats que donne chacun d'eux, on peut mettre le fait en évidence. Les particularités qui viennent d'être mentionnées ne sont pas le propre de la névrite alcoolique.

« Nous avons montré ailleurs qu'une semblable association de lésions différentes pouvait se rencontrer dans la névrite saturnine expérimentale. Un peu plus tard, les mêmes lésions étaient signalées dans la paralysie diphthérique par MM. Mayer, Gaucher et par nous-même. Nous rappellerons que nos recherches nous avaient conduit à admettre dans l'évolution de la névrite saturnine expérimentale deux phases distinctes : l'une, dans laquelle un certain nombre de segments interannulaires étaient frappés isolément (*névrite segmentaire*). Dans chacun des segments ainsi altérés, le cylindre-

axe persistait (*névrite périaxile*), et comme conséquence de cette persistance du cylindre-axe, les portions de fibres situées au-dessous des points malades pouvaient n'être le siège d'aucune altération. Nous admettions que cette névrite segmentaire périaxile pouvait se terminer de deux façons : ou par la restauration des parties altérées et la formation de segments grêles et courts, ou bien, la lésion progressant, par la destruction du cylindre-axe au niveau du segment malade, entraînant comme conséquence la dégénération wallérienne au-dessous du point sectionné. La névrite segmentaire périaxile expliquait ainsi le développement de la dégénération wallérienne, et constituait la phase préwallérienne de la névrite. L'étude que nous venons de faire nous conduit à penser qu'il existe également une phase préwallérienne dans la névrite alcoolique, caractérisée par la multiplication des noyaux et l'émulsion de la gaine de myéline avec conservation du cylindre-axe. Cette phase préwallérienne, en raison de l'intensité du processus, aboutirait rapidement, sur le plus grand nombre des fibres, à la destruction du cylindre-axe, et, partant, à la dégénération wallérienne. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 février 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président et M. Gillebert d'Hercourt père, président.

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

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, la *Gazette médicale de Picardie*, le *Journal des sages-femmes*, les *Annales médico-chirurgicales*, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéenne*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, le *Journal d'hygiène*, le *Journal des Sociétés scientifiques*.

La correspondance manuscrite comprend :

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

Une lettre de M. Gillebert-d'Hercourt père, s'excusant de ne pouvoir assister à la première partie de la séance;

Une lettre de M. le docteur Edmond Wickham, ancien interne des hôpitaux de Paris, sollicitant le titre de membre titulaire. La candidature de M. Wickham est appuyée par MM. de Beauvais et Horteloup.

PRÉSENTATIONS.

M. le Secrétaire général : M. le docteur Horteloup, un de nos collègues, fait hommage à la Société des *Éloges* qu'il a prononcés en sa qualité de secrétaire général de la Société de chirurgie. Ces éloges sont au nombre de quatre; ils font revivre, dans un style élégant et précis, avec une chaleur communicative et une sûreté d'appréciation qu'un chirurgien consommé était seul à même de se permettre, quelques-unes de nos grandes figures chirurgicales contemporaines : Voillemier, Chassaignac, Broca et Sédillot.

J'ai été, pour ma part, particulièrement heureux de lire les pages consacrées à Sédillot, mon ancien maître de Strasbourg. M. Horteloup a su lui rendre justice et lui assigner la place éminente à laquelle il a droit, et qui lui restera, je l'espère, dans l'histoire de la chirurgie française.

M. Dubuc : Notre confrère M. le docteur Desmarres m'a chargé d'offrir en son nom, à la Société, le travail d'un de ses élèves, M. le docteur Dron (de Tourcoing), sur les cancers de l'œil. On y trouve relatée l'observation d'un sarcome de la choroïde (avec planche) qui présente beaucoup d'analogie avec celle qui nous a été lue, dans le courant de janvier, par notre collègue le docteur Dehenne.

L'affection reconnue de bonne heure a nécessité l'extirpation du globe oculaire, qui a été pratiquée par M. Desmarres en décembre 1879.

M. J. Besnier présente à la Société un travail intitulé : *De la revaccination des jeunes sujets et, en particulier, des collégiens, comparée à celle des adultes.* Dans ce mémoire, l'auteur signale entre autres ce fait que, chez les sujets vaccinés à la naissance et

revaccinés pour la première fois, la *réceptivité vaccinale* va en augmentant rapidement de 7 à 20 ans, et atteint ainsi son maximum dans l'adolescence; et qu'au delà de 20 ans, c'est-à-dire dans l'âge adulte, elle diminue brusquement pour ne s'élever ensuite que lentement et d'une manière peu sensible. Rapprochant ces résultats de ce qui se passe chez les sujets vaccinés à la naissance et atteints de *variole*, il montre que la *réceptivité variolique* présente des variations analogues, et atteint également son maximum dans l'adolescence. Il attribue l'élévation des succès fournis par la revaccination chez les adolescents, d'une part, à l'âge des sujets et, d'autre part, à des conditions de terrain particulières, et notamment à la période de croissance qu'ils traversent. Il étudie aussi l'influence que peuvent avoir sur le chiffre des succès obtenus la nature du vaccin, vaccin d'enfant ou vaccin de génisse, les saisons, les maladies antérieures, etc. Relativement à ces dernières, il conclut, de quelques faits qu'il a notés, que certaines maladies aiguës, ayant un profond retentissement sur l'économie, et en particulier la fièvre typhoïde, favoriseraient sensiblement la réceptivité vaccinale.

Pour toutes les questions qu'il étudie, l'auteur a mis à contribution, d'une part, les faits de revaccination qu'il a observés soit au collège Rollin, soit dans la clientèle civile et, d'autre part, les faits de variole qui lui ont été communiqués par le docteur Tenneson, médecin des hôpitaux; et les chiffres sur lesquels il s'appuie constituent des séries déjà importantes par elles-mêmes.

Ce mémoire a été l'objet d'une récompense de la part de l'Académie de médecine.

M. Gillebert-d'Hercourt fils, au nom de son père, et M. Trevenot, lisent leur rapport sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le docteur Rey (de Grenoble).

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; il sera procédé au vote dans la prochaine séance.

M. Coignard lit un travail intitulé : *Réflexes cardio-vasculaires dans la lithiase biliaire.* (Voir l'*Union médicale* du 11 mars 1886.)

M. Duroziez : Je ne saurais m'associer entièrement aux conclusions de M. Coignard. La deuxième observation ne ressemble pas à la première; il y avait seulement un souffle au cœur, il n'est pas question d'actions réflexes. Pour ma part, j'ai souvent rencontré dans l'ictère des souffles ; je les considère comme des souffles chlorotiques, et je n'y vois qu'une simple coïncidence. Je sais qu'on a parlé d'insuffisances fonctionnelles dues à la paralysie des muscles papillaires : mais qui a jamais vu ces muscles papillaires? On a parlé aussi de réflexes sur le poumon ; mais je crois qu'on a beaucoup exagéré.

Dans ses observations, M. Coignard ne parle pas du *bruit de galop* signalé par M. Potain; il n'a noté que l'irrégularité du pouls. Or c'est là un fait très commun. Si le cœur était intermittent chaque fois que le foie est malade, nous trouverions les intermittences à chaque instant.

En résumé, quand le cœur est malade chez un individu qui souffre du foie, il ne me paraît nullement démontré qu'il faille toujours incriminer le foie.

M. E. Wickham lit à l'appui de sa candidature un mémoire sur l'*Albuminurie dans la syphilis secondaire*. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. de Beauvais, Abadie et Horteloup, rapporteur.

Élection. — M. Gillette est nommé membre honoraire, M. Lediberder, membre correspondant.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, Pellier.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 23 février 1886, M. le docteur Rattel a été nommé médecin adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

— MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de cet arrondissement, à l'élection d'un médecin des Bureaux de bienfaisance, le lundi 15 mars 1886. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Par arrêté ministériel, M. le professeur Lortet est nommé doyen de la Faculté de médecine de Lyon pour une période de trois ans, et M. le professeur Gayet, assesseur pour la même période.

Les décorations françaises. — Deux de nos confrères du *Journal officiel*, MM. Maupetit et Dutilh, préparent, pour faire paraître en 1886, un volume in-folio, d'environ 1,200 pages, qui aura pour titre : *Annuaire des décorations françaises* et dont la rédaction est à Paris, 25, rue Saint-Augustin.

Cet Annuaire, qui comprendra la Légion d'honneur, les palmes universitaires, le mérite agricole, les médailles d'honneur, les décorations des pays des protectorats (Tunisie, Cambodge, Annam, etc., etc.), continuera à être publié chaque année et contiendra les noms, prénoms, titres, états de services officiels et biographies des personnes à qui des décorations auront été accordées pendant l'année courante.

L'*Annuaire des décorations françaises* donnera cette année, exceptionnellement, la liste complète des titulaires de la médaille commémorative du Tonkin.

Vaccination obligatoire des ouvriers des ports. — D'après une décision que vient de prendre le ministre de la marine, les préfets maritimes et les directeurs des établissements hors des ports devront dorénavant faire vacciner les ouvriers tous les ans; on commencera par les admis à titre temporaire; ceux qui se refuseront à l'opération seront immédiatement congédiés; on continuera par ceux âgés de moins de 48 à 50 ans, admis antérieurement et qui ne prouveront pas qu'ils ont été vaccinés depuis dix ans; en cas de refus, ils subiront un abaissement de solde de 50 centimes. Enfin, aucun nouvel agent du personnel ouvrier ne sera admis définitivement dans les arsenaux ou dans les établissements de la marine, avant d'avoir été vacciné ou revacciné par un médecin de la marine, à moins que, sortant de l'armée, il ne prouve qu'il a subi cette opération pendant qu'il était sous les drapeaux.

Un ami de la science..... et de l'humanité. — M. Bocquel, professeur de mathématiques à l'institution J.-B. Say et à Sainte-Barbe, ancien élève de l'Ecole polytecnique, est mort subitement, le 10 février, après avoir éprouvé des accès d'étouffement qui se rapprochaient de l'angine de poitrine, sans en rappeler les caractères.

Par son testament et par ses conversations antérieures, il avait manifesté la ferme volonté que son autopsie fût faite en public, pour servir à l'instruction des élèves, par le professeur d'anatomie pathologique. Il avait, en outre, voulu que son corps fût transporté à l'Ecole pratique, pour servir aux dissections des étudiants en médecine.

Par suite de ces dispositions testamentaires, le corps de M. Bocquel a été porté à l'Hôtel-Dieu, et son autopsie a été faite par M. Cornil, dans l'amphithéâtre Bichat, en présence des médecins qui lui avaient donné leurs soins et des étudiants. (*J. des Connaissances médicales*, 1er février 1886.)

Les capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre; elles sont de la grosseur d'une pilule ordinaire et contiennent chacune cinq centigrammes de créosote et vingt-cinq centigrammes d'huile de foie de morue. A la dose de 6 à 8 capsules par jour, elles donnent d'excellents résultats et sont bien supportées par tous les malades.

ON DEMANDE pour un chef-lieu de canton important du Pas-de-Calais, un médecin actif. (*Docteur ou officier de santé*). Traitement fixe assuré, 1,000 francs, *susceptible d'augmentation*. Clientèle magnifique en peu de temps.

S'adresser à M. Carré, pharmacien à Houdain (Pas-de-Calais).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Ch. Eloy : Un nouvel hypnotique : L'éthyl-uréthane ou carbamate d'éthyle. — II. Jules Christian : Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1885. — III. Bibliothèque : Deux cas d'angine sous-maxillaire. — De l'ankylostome duodénal. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Un nouvel hypnotique : L'éthyl-uréthane ou carbamate d'éthyle,

Par le docteur Ch. Éloy.

I. Ce qu'est l'uréthane. — Uréthanes et éthyl-uréthane. — Son signalement chimique. — Sa parenté. — Ses réactions.

II. Propriétés physiologiques. — Expériences sur les animaux à sang froid et sur les mammifères. — Effets généraux : le sommeil de l'éthyl-uréthane. — Son action sur l'activité cérébrale, la respiration, la circulation et la nutrition. — Effets locaux. — Ses différences avec les autres agents sommifères.

III. Utilisation thérapeutique de l'éthyl-uréthane. — Ses indications et ses contre-indications. — Médication de l'agrypnie des cardiaques et des cardio-artériels. — Traitement de l'insomnie des cérébraux, des tuberculeux, des débilités, etc., etc. — Effets hypnotiques; effets calmants.

IV. Mode d'administration. — Posologie : doses dormitives; doses sédatives. — Formes pharmaceutiques de son emploi. — Ce que vaut l'éthyl-uréthane.

Dans les séances de décembre 1885 et de février 1886, M. Henri Huchard exposait devant la Société de thérapeutique les recherches cliniques que, le premier en France, il venait d'entreprendre avec l'uréthane sur les malades de son service. Au même moment, de mon côté, je soumettais aussi cet agent médicamenteux, jusqu'ici peu connu, à l'expérimentation dans notre laboratoire de recherches thérapeutiques de l'hôpital Bichat.

I

L'uréthane n'est pas un nouveau venu dans la chimie organique. En 1833, Dumas et Cahours le signalaient, à l'Académie des sciences, parmi les dérivés d'un acide, resté d'ailleurs inconnu à l'état de pureté : l'acide carbamique, dont un seul sel, le carbamate d'ammonium et des éthers, les uréthanes, ont été isolés et successivement étudiés par Liebig, Woehler, Gehrardt, Wurtz et autres savants intéressés surtout à chercher la constitution moléculaire et la synthèse de ces composés.

Cinquante et un ans plus tard, en 1884 seulement, ces considérations théoriques suggèrent à M. Schmiedeberg l'idée d'essayer l'uréthane sur les animaux. MM. Jolly, Von Jacksch (de Vienne), puis Riegel et Stiker (de Giessen) le prescrivent aux malades, assez timidement d'ailleurs. Ici, enfin, se placent les essais de M. Huchard sur la valeur thérapeutique de cette substance et mes propres recherches sur ses propriétés physiologiques.

C'est l'étude comparée de la puissance narcotique de certains médicaments dans ses rapports avec leur constitution atomique qui conduisit M. Schmiedeberg à chercher des agents hypnagogues dans le groupe des uréthanes. Il pensa que l'adjonction d'un élément hydrocarboné devait modifier les propriétés physiologiques des dérivés de l'acide carbamique. Il avait le choix entre le carbamate d'éthyle ou éthyl-uréthane et le carbamate de méthyle, ou méthyl-uréthane. Le premier obtint la préférence.

L'uréthane (ou éthyl-uréthane), mieux désigné sous le nom de carbamate d'éthyle ou d'éther éthylique de l'acide carbamique, se présente sous la forme de cristaux rhomboïdaux, blancs, transparents, larges et minces.

Très soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther à toute température, il donne des solutions que les sels d'argent ne troublent pas. Par l'action de la chaleur, ces cristaux fondent à 155° et, s'ils sont secs, distillent à 180° sans se décomposer, sous forme d'une vapeur dont la densité serait de 3,14.

Son odeur est faible, et sa saveur piquante rappelle de loin la fraîcheur des sels nitrés. Pour compléter le signalement chimique du carbamate d'éthyle, il faudrait déterminer l'action exercée sur lui par les divers réactifs; mais, à l'heure actuelle, la chimie est impuissante à le faire et à donner une réaction caractéristique de cette substance dans les liquides ou sur les tissus de l'organisme.

J'insiste peu sur la préparation de l'éthyl-uréthane. Les uns l'obtiennent par l'action de l'ammoniaque sur le chloro-carbonate ou sur le carbonate d'éthyle; les autres en traitant à chaud dans un tube scellé l'alcool aqueux saturé de chlorure de cyanogène.

Purifié par des cristallisations méthodiques, le produit ainsi obtenu est l'éthyl-uréthane, représenté par la formule C^2H7O^2, ou bien $CO^2(AzH^2)CH^5$, suivant la notation chimique adoptée, et constitué par la substitution du radical éthylique CH^5 à un équivalent d'hydrogène H dans l'acide carbamique. Cet acide, $CO^2(AzH^3)$ est un acide amidé dérivant de l'acide carbonique et jusqu'ici inconnu à l'état d'isolement. Par la comparaison de ces formules avec celle de l'urée $CO(Az^2H^4)$, qui, on le sait, est une carbamide ou, en d'autres termes, du carbamate d'ammonium privé de deux équivalents d'eau, on conclura sans effort à la parenté chimique de ces corps.

Cependant il ne faudrait pas aller au delà de ces analogies et vouloir exagérer ces liens de famille. J'ai constaté, avec M. le docteur Chéron, dans son laboratoire de chimie biologique, la résistance de l'éthyl-uréthane au réactif de Millon et son impuissance à donner, en présence de la potasse et des sels d'argent, un précipité comparable à l'urée argentique. Elle diffère donc bien de l'urée. Cependant, contrairement aux conclusions d'un autre observateur, nous avons obtenu une vive réaction avec production de chaleur et dégagement gazeux, en traitant la solution aqueuse d'uréthane par l'hypobromite de soude. Cette réaction n'a pas été notée dans les livres classiques.

Théoriquement, l'éthyl-uréthane est donc un produit de synthèse, voisin de l'urée par l'acide carbamique dont il dérive. Physiologiquement, il présente les caractères plus nets, qui font actuellement sa fortune thérapeutique.

II

M. Schmiedeberg l'essayait sur la grenouille, le lapin et le chien. Je l'ai administré au cobaye et au lapin (1). A la dose de 20 milligrammes, le carbamate d'éthyle déprimait l'activité cérébrale des grenouilles de M. Schmiedeberg, sans troubler notablement les autres fonctions organiques. La respiration devenait cependant plus rapide, et l'expérimentateur allemand en concluait à une stimulation légère du centre respiratoire. A doses élevées, la motilité volontaire et l'excitabilité réflexe diminuaient.

Parfois, ces troubles respiratoires s'exagéraient; mais les battements du

(1) *Société de thérapeutique*, 17 janvier 1886. — Schmiedeberg : De l'action pharmacologique et des usages thérapeutiques de quelques éthers de l'acide carbamique. (*Archiv. f. path. und pharm.*, 1885, t. IV.)

cœur conservaient leur puissance, et il fut impossible de provoquer la mort, malgré l'exagération des doses employées.

Ces animaux étaient à sang froid. Chez le lapin, avec une dose de 1 gramme 25, répétée trois fois, j'ai constaté un abaissement de la température de 1°,3 en quarante-cinq minutes, l'absence de notables modifications dans les mouvements du cœur, mais parfois la diminution des mouvements respiratoires dans la proportion de 3 à 2. Ce dernier fait est en contradiction avec l'accroissement de leur fréquence et de leur amplitude, que M. Schmiedeberg notait sur des animaux de même espèce. Il y a donc lieu à des recherches de contrôle, et il reste douteux que l'uréthane ait la propriété d'exciter les centres respiratoires.

Toute conclusion est prématurée relativement à l'action de cette substance sur la pupille. Elle ne m'a pas paru modifier cet organe d'une manière constante; dans quelques expériences, cependant, elle en a provoqué le resserrement. Mais, le doute ne saurait subsister, quant à sa puissance hypnotique. Vingt-cinq à trente minutes après l'injection de 1 gramme à 1 gramme 1/2 d'uréthane par kilogramme de poids vivant, l'animal tombe dans la torpeur, s'engourdit, chancelle, s'abat sur le flanc et, dans cet état cataleptiforme, conserve la position qu'on lui impose. Cet état persiste pendant six, sept ou huit heures, et même plus longtemps. Enfin, après le sommeil, comme dans la période qui le précède, on constate la persistance de la stupeur et une sorte d'engourdissement des activités nerveuses.

Les doses moins élevées de 60 à 75 centigrammes par kilogramme modifient peu la température rectale et la respiration, mais diminuent l'excitabilité cérébrale. L'animal répond faiblement et tardivement aux impressions sensorielles : seule, la sensibilité à la douleur n'est pas affectée. C'est dire que, si l'uréthane est un puissant hypnotique pour les animaux de cette espèce, il ne possède guère de propriétés analgésiques. C'est dire aussi, contrairement à une opinion prématurément émise, que sa narcose diffère de l'anesthésie chloroformique et du sommeil chloralique.

Sur le cobaye, j'ai observé des phénomènes semblables après l'administration sous la peau de 25 à 33 centigrammes d'uréthane, dose correspondant d'ailleurs à 1 gramme 23 et 1 gramme 60 de cette substance par kilogramme de poids vivant. Dans l'espace de 40 à 45 minutes, la respiration s'abaisse dans le rapport de 12 à 11, et la température tombe de 2 à 3 degrés. Les troubles de la motilité débutent vers la vingtième minute, et, comme chez le lapin, se traduisent par le chancellement, la chûte sur le côté, la difficulté de se relever et la tendance des membres à conserver la position qu'on leur a imposée.

La durée de l'engourdissement a été, en général, plus courte que chez le lapin. Parfois même le réveil est survenu après cinquante ou soixante minutes. A ce moment, la sensibilité paraissait exagérée : le moindre frolement provoquait des réflexes, et il existait alors de l'hyperesthésie des extrémités.

A côté de mammifères dociles à l'action de l'uréthane, il en est d'autres qui lui sont réfractaires. Les chiens de M. Schmiedeberg ont résisté aux doses faibles de cette substance. L'augmentation de ces dernières provoquait seulement des effets obscurs ou des vomissements.

L'homme auquel on administre le carbamate d'éthyle éprouve des phénomènes hypnotiques sur la constance desquels les observateurs s'accor-

dent unanimement. Ces phénomènes débutent au plus tôt un quart d'heure et au plus tard une heure après l'ingestion stomacale du médicament. Selon la remarque de M. H. Huchard (1), qui emploie souvent ce médicament, le sommeil est exempt de rêves et de cauchemars. Il diffère donc de la stupeur opiacée, de la torpeur chloralique et de l'ivresse hallucinante du haschich, tous états qui ne ressemblent guère au sommeil physiologique.

Le sommeil de l'uréthane dure quatre, six, sept ou huit heures, parfois plus longtemps. Parmi ses mérites, on doit noter encore l'absence de troubles digestifs, de courbature, de céphalalgie et d'hébétude au moment du réveil. En effet, ce réveil est calme, paisible et suivi tout au plus d'un engourdissement passager. Par ce caractère, comme par d'autres, ce sommeil artificiel se rapproche donc du sommeil physiologique.

Durant le sommeil provoqué par l'uréthane, la respiration diminue de rapidité, fait que j'ai observé sur le cobaye et le lapin, et que M. Sticker (2) a remarqué sur l'homme, mais qui n'est guère en rapport cependant avec le rôle d'excitateur des centres respiratoires dont on a doté cette substance.

Le tracé sphygmographique, pendant l'action de l'uréthane, accuse nettement, d'après M. Sticker, l'élévation de la tension et la diminution numérique des pulsations artérielles. M. H. Huchard a noté le même phénomène dans quelques-unes de ses observations cliniques. Au contraire, M. Riegel en aurait constaté l'abaissement et M. Schmiedeberg refuse à l'uréthane toute action sur les organes circulatoires. Doit-on, de par ces divergences entre les observateurs, dénier à cette substance toute propriété vaso-motrice? Non, sans doute. Il y a lieu de renouveler les expériences, d'autant plus que j'ai constaté et fait constater plusieurs fois aux assistants du laboratoire, la *turgescence et l'injection manifestes et assez durables des vaisseaux sanguins* de l'oreille des lapins et des cobayes soumis au carbamate d'éthyle.

Voici un autre point sur lequel l'accord n'est pas fait : l'action de l'uréthane sur les sécrétions et conséquemment son mode d'élimination. J'ai noté chez les animaux, pendant la durée des expériences, l'absence d'urination et de défécation. Une fois seulement, les sécrétions intestinales d'un cobaye parurent augmentées. M. H. Huchard a fait la même remarque dans son service sur les malades sensibles à l'uréthane chez lesquels l'urination et la sécrétion sudorale n'étaient pas plus abondantes. Et cependant M. Sticker déclare que, douze heures après l'ingestion du médicament, l'urination augmente, ou bien qu'il survient pendant le sommeil une légère transpiration. Ici donc se place un point d'interrogation d'autant plus légitime que l'examen des urines n'a pu démontrer la véhiculation de l'uréthane ou de ses produits dérivés à travers les voies urinaires.

Les *effets locaux du carbamate d'éthyle* n'ont pas encore été signalés. Cependant ses solutions concentrées provoquent, quand on les injecte sous la peau l'altération des poils et leur chûte, des ulcérations, et même des eschares de la zone dermique et sous-dermique correspondant au siège de l'injection. Ces pertes de substances ont, il est vrai, bon aspect, sont peu douloureuses et se cicatrisent facilement. L'éthyl-uréthane me paraît donc posséder des *propriétés caustiques et escharotiques* dignes de toute l'atten-

(1) H. Huchard : Action hypnotique de l'uréthane ou carbamate d'éthyle. (*Bull. de thérap.*, 15 fév. 1886.)

(2) Sticker : Das uréthan als hypnotikum. (*Deutsche med. Woch.*, 1885, n° 45.)

tion des médecins trop pressés de l'injecter sous la peau, et aussi peut-être susceptibles de quelques applications chirurgicales.

En résumé : les *propriétés physiologiques de l'uréthane, sont celles d'un hypnotique de fidélité assez constante dont le sommeil est exempt d'inconvénients et l'action presque limitée au ralentissement des activités du cerveau supérieur.* (*A suivre.*)

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1885,

Par le docteur Jules Christian, secrétaire général par intérim.

Messieurs,

Je ne m'attendais pas au périlleux honneur qui m'échoit aujourd'hui. La tâche de vous rendre compte des travaux de l'année scolaire revenait à votre secrétaire général; vous vous rappelez avec quel talent, avec quelle ponctualité, suivant en cela l'exemple de ses devanciers, il retraçait devant vous le tableau de votre activité. Dans les douloureuses circonstances qui tiennent éloigné de nous notre ami Thorens, vous avez voulu que je prisse momentanément sa place. C'est une marque de confiance et d'estime dont je me sens grandement honoré, et à laquelle il est de mon devoir de répondre par un redoublement de zèle ; mais, messieurs, j'ai besoin que votre bienveillance me soutienne, et c'est à elle que je fais appel en prenant la parole aujourd'hui.

Les travaux d'une Société, comme la nôtre, sont nécessairement d'une grande variété, toutes les branches de l'art de guérir comptant parmi nous des représentants autorisés, et, dans nos Annales, je trouverais facilement la preuve qu'aucune d'elles n'a jamais été négligée. Il en a été de même cette année, et vous en jugerez.

M. Thorens nous a lu une observation d'*empoisonnement par l'acide arsénieux* qui s'est présentée dans des conditions assez remarquables. Un palefrenier, âgé de 35 ans, alcoolique, avale une dose d'arsenic de trois paquets pour les chevaux, c'est-à-dire, de 1 gr. 50 à 3 grammes d'acide arsénieux. L'ingestion avait eu lieu entre quatre et cinq heures; vers huit heures apparaissent les premiers symptômes; le traitement, commencé vers onze heures, consista en l'administration coup sur coup d'hydrate de magnésie récemment précipité, avec le lait comme boisson, et des injections d'éther pour combattre le collapsus. Le malade guérit, ce qui a paru extraordinaire à quelques-uns de nos collègues, qui se sont demandé si le palefrenier avait dit la vérité, s'il n'avait pas exagéré la dose du poison ingéré. Sans garantir absolument la véracité de son malade, M. Thorens a fait remarquer qu'il avait pris, aussitôt après l'acide arsénieux, un repas composé principalement de quatre œufs. Y a-t-il eu dans ce fait un obstacle à la rapide solubilité du poison? M. Thorens a rappelé à ce propos une observation citée par Tardieu, dans laquelle 3 grammes d'acide arsénieux, pris après un repas copieux, n'empêchèrent pas la guérison après douze heures.

M. Gillebert-d'Hercourt fils a vu une *phthisie galopante* se développer chez une de ses clientes, âgée de 54 ans, et atteinte de gravelle urique. L'autopsie n'ayant pu être faite, notre savant collègue a dû poser le diagnostic par exclusion, se basant sur la marche et la nature des symptômes pour conclure comme il l'a fait.

M. Charpentier vous a entretenu des rapports qui existent entre l'*épilepsie* et un certain nombre de troubles morbides qui, par eux-mêmes, n'ont aucune signification précise. Ces troubles morbides, de nature excessivement variée, ne trahissent leur véritable origine que le jour où une coïncidence fortuite vient éclairer le médecin. La conclusion de ces recherches, c'est que chez un névropathe, il importe de faire une enquête minutieuse, chaque fois qu'il se présente un symptôme insolite, et, comme le dit M. Charpentier, s'il y a beaucoup plus d'épileptiques qu'on ne le croit, il y a aussi beaucoup moins de névropathes qu'on ne se le figure.

Vous vous rappelez, Messieurs, une communication que M. Thévenot nous a faite

dans le courant de 1883 sur le *catarrhe intestinal à concrétions membraniformes*. M. Deligny a repris cette question ; il croit pouvoir faire de l'*entérite pseudo-membraneuse* une dépendance fréquente de l'herpétisme. Il pense, et il vous a cité des faits à l'appui de cette manière de voir, que l'entérite pseudo-membraneuse revêt chez les herpétiques des caractères particuliers ; qu'elle a une marche lente, une durée longue, qu'elle est rebelle à la médication ; il invoque enfin la pierre de touche du traitement, l'efficacité de la médication sulfureuse. Dans la discussion qu'a soulevée ce mémoire plein d'intérêt, bien des objections se sont produites à l'encontre des vues de M. Deligny. Quelques membres ont même pensé que l'entérite pseudo-membraneuse n'est jamais qu'accidentelle et liée à la constipation habituelle.

De nouveaux faits devront être produits, et notre collègue, qui, à Saint-Gervais, a devant lui un vaste champ d'observation, ne manquera pas de recueillir et de vous soumettre les cas qui viendront confirmer ou modifier sa théorie.

Je voudrais vous parler en détail des mémoires que nous a lus M. Duroziez : *Claquements cardiaques ; — souffle veineux simulant l'insuffisance aortique ; — coexistence de la lithiase biliaire avec les maladies du cœur ; — rétrécissement mitral et intoxication saturnine ; — pouls veineux et géminé*. Vous les avez écoutés avec un vif plaisir, mais ces travaux si substantiels échappent à l'analyse, ils demandent à être lus et médités. Ce sont autant de chapitres du livre que M. Duroziez nous a promis, et qui sera notre bréviaire des maladies du cœur. Nous nous souviendrons que c'est notre Société qui en aura eu les prémices, et, dût la modestie de notre collègue en souffrir, c'est nous qui graverons au frontispice : *Exegit monumentum !*

Sous le titre de *Perturbations fonctionnelles au début des affections organiques de l'estomac*, M. Dubrisay vous a communiqué l'observation d'un malade chez lequel ont été portés successivement les diagnostics de *dyspepsie*, de *diabète sucré*, et enfin de *carcinome de l'estomac*. C'est ce dernier diagnostic qui s'est confirmé, et, au moment où M. Dubrisay nous parlait de son client, celui-ci était arrivé à la dernière période de la cachexie cancéreuse. Ce qui rend cette observation particulièrement intéressante, c'est la complication de la glycosurie, qui, pendant un temps, avait masqué la maladie principale, le cancer. En admettant que la glycosurie ne soit que le résultat d'un trouble de la nutrition, caractérisé essentiellement par une insuffisance des actes de l'assimilation, en considérant d'autre part qu'il n'est guère de maladie qui révèle un trouble plus profond de la nutrition que le cancer, M. Dubrisay pense que la glycosurie chez son malade a pu parfaitement être la conséquence de ce trouble, elle n'aurait été qu'un anneau dans la chaîne pathologique qui finit au cancer. Théorie ingénieuse, et qui cadre avec les découvertes les plus récentes de la physiologie.

M. Dubrisay nous a également présenté un enfant de 3 ans, dont le corps est couvert de tumeurs remplies de pus. L'opinion générale a été qu'il s'agissait d'abcès froids, dus à une scrofule, et, qu'avant de recourir à une opération, il était sage d'essayer un traitement général, et notamment un séjour prolongé sur les bords de la mer. C'était d'ailleurs l'avis de notre savant confrère.

Les eaux minérales nous ont valu un travail de l'un de nos membres correspondants, M. le docteur Patezon (de Vittel), sur l'*utilité d'une cure aux eaux de Vittel, après l'opération de la pierre*. En nous lisant cette communication, M. Bouloumié l'a faite sienne, en quelque sorte, en précisant les cas dans lesquels la cure de Vittel est nécessaire, ceux dans lesquels elle n'est qu'utile, ceux enfin dans lesquels elle peut devenir nuisible.

De M. Deligny nous avons entendu un important mémoire sur l'*eczéma chez les goutteux*. Pour notre confrère, il y a une étroite parenté entre les manifestations cutanées et les manifestations arthritiques chez les goutteux, et à l'appui de cette opinion, généralement adoptée d'ailleurs, il nous a cité un grand nombre de faits tirés de sa pratique.

Enfin, Messieurs, pour terminer ce qui a trait à la médecine, je vous signalerai le travail si riche de faits curieux, que nous a lu notre président, M. de Beauvais. Obligé

de répondre à un questionnaire imposé par le ministre de l'intérieur, le savant médecin de Mazas a su, dans quelques pages, résumer ses observations particulières sur l'application et les résultats du régime cellulaire à Mazas, pendant une période de quatorze ans, de 1871 à 1885. Il a pu conclure, avec chiffres à l'appui, que le régime cellulaire est en général bien supporté, et que, dans son application, il paraît offrir plus d'avantages que d'inconvénients.

La *chirurgie* nous a valu un certain nombre de travaux. Et d'abord la chirurgie oculaire :

M. Abadie nous a présenté un malade âgé de 41 ans, qui, en jouant avec des camarades, avait reçu dans l'œil un crochet métallique aigu qui, traversant la paupière en dehors de la commissure externe, pénétra dans la sclérotique en la dilacérant, et ressortit au milieu de la paupière supérieure. M. Abadie sutura la plaie et fut assez heureux pour obtenir en quinze jours une guérison complète. Dans un autre cas, un enfant de 5 ans tombe sur la pointe d'un couteau qui pénètre profondément dans l'œil droit. M. Abadie pratique encore la suture et obtient la guérison. Notre confrère se demande pourquoi il a été si heureux dans le traitement de ces deux plaies de la zone ciliaire, considérées cependant comme extrêmement dangereuses; il attribue son succès : 1° à ce que les blessés se sont présentés à lui très peu de temps après l'accident; 2° à ce qu'il a pu appliquer le traitement antiseptique dès le début, avant que la plaie fût infectée par les micro-organismes. Je ne contredirai pas M. Abadie; mais je lui ferai remarquer qu'il a oublié un facteur essentiel, à savoir : l'habileté consommée de l'opérateur.

M. Dehenne, que notre Société a été heureuse d'accueillir dans le courant de l'année précédente, et qui, dès son entrée, est devenu un de nos collègues les plus laborieux, a fait paraître devant vous un malade atteint de *paralysie de tous les muscles extrinsèques de l'œil;* le traitement spécifique, qui semblait cependant bien indiqué, n'avait produit aucune amélioration.

Nous lui devons également un mémoire sur la *sclérotomie rétro-iridienne;* d'après M. Dehenne, cette opération doit être pratiquée avant l'iridectomie, dans les cas d'obstruction pupillaire totale avec effacement complet de la chambre antérieure et accidents glaucomateux.

Enfin, un travail sur l'*intervention chirurgicale dans la luxation du cristallin.* Basé sur un assez grand nombre d'observations, ce mémoire se termine par cette conclusion : que l'extraction du cristallin luxé ne doit être tentée que lorsqu'il y a luxation en avant de l'iris; — que, dans toute luxation en arrière de l'iris, l'extraction ne doit pas être tentée; — que, si le malade ne souffre pas, il faut s'abstenir de toute intervention. En terminant, M. Dehenne discute les cas où il faut pratiquer l'énucléation du globe oculaire.

Les *affections des voies génito-urinaires* ont été l'objet d'un certain nombre de communications.

M. Richelot nous a raconté l'opération extrêmement pénible et laborieuse qu'il a eue à pratiquer sur un jeune homme de 24 ans, calculeux depuis l'âge de 7 ans, pour le débarrasser d'un *calcul de l'urèthre et d'un calcul enchatonné de la prostate.* Les suites de cette opération, dont M. Richelot nous a dit les émouvantes péripéties, ont été des plus simples, et notre confrère aurait eu la joie d'enregistrer un succès bien dû à ses vaillants efforts, si une pyélo-néphrite n'était venue enlever le malade.

M. Richelot nous a entretenu aussi d'un de ses clients, vieillard de 72 ans, paraissant jouir d'une excellente santé, atteint d'*hématurie.* A cette occasion se posait une question de diagnostic fort délicate, que la marche ultérieure de l'affection sera seule à même d'élucider.

Une affection récemment décrite, et encore assez souvent méconnue dans sa nature, c'est la *tuberculose primitive de la vessie.* M. Dubuc l'a observée chez une jeune fille de 17 ans, dont la mère et la grand'mère maternelle étaient mortes phthisiques. La jeune

©BIU Santé

fille elle-même a succombé au mois de février 1885, après trois ans environ de souffrances. Cette observation a été le point de départ d'une discussion qui a porté surtout sur le traitement. M. Dubuc pense, et cette opinion a été généralement partagée, que, lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose de la vessie, il faut savoir s'abstenir de toute intervention active, telle que cautérisations au nitrate d'argent, cathétérismes répétés, etc ; il faut savoir se borner à un traitement purement palliatif.

M. Delefosse nous a communiqué l'histoire de deux de ses malades, atteints, l'un, d'*hypospadias*, l'autre, de *fistule tuberculeuse de la prostate*. L'opération que M. Delefosse a pratiquée, pour guérir son hypospade de son infirmité, a donné l'occasion à M. Reliquet de nous faire connaître le mode opératoire qu'il emploie pour remédier aux atrésies du méat compliquant l'hypospadias.

M. Reliquet a pu également nous exposer ses vues sur deux chapitres de la pathologie génito-urinaire, les *stagnations d'urine* et les *fistules uréthrales non urinaires*, à l'occasion de deux mémoires qu'il a publiés, et dont il a fait hommage à la Société.

Une opération de *chéiroplastie*, pratiquée sur un homme de 48 ans, porteur aux Halles, atteint, sur le dos de la main gauche, d'un large épithélioma végétant, a fourni à M. Polaillon le sujet d'une communication d'un haut intérêt. Dans cette occasion, M. Polaillon a appliqué les principes qu'il avait défendus ailleurs, et qu'il formule ainsi : « 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 enve- « loppe 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 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. » Le résultat obtenu a amplement justifié les vues de l'opérateur.

Dans un autre mémoire, M. Polaillon vous a entretenus de l'*ablation des kystes du parovarium par la laparotomie*. Les kystes du parovarium, différant en cela de ceux de l'ovaire, peuvent à la rigueur guérir par la simple ponction, suivie ou non d'injection iodée; mais cette issue favorable est bien rare, et M. Polaillon est d'avis que l'ablation du kyste parovarien par la laparotomie offre un moyen de guérison radicale plus sûr et aussi innocent que l'injection iodée. A l'appui de cette opinion, il a rapporté l'observation d'une femme de 43 ans qu'il a opérée et qu'il a ainsi radicalement guérie.

M. Thorens nous a rapporté un exemple de *plaie pénétrante de la poitrine* suivie de mort. L'autopsie n'ayant pu être faite, le siège précis de la blessure et la nature des organes atteint n'ont pu être exactement déterminés.

Notre nouveau collègue, M. Pellier, vous a lu une observation de *plaie contuse de l'abdomen*. Un jeune homme de 16 ans tombe d'un cerisier, d'une hauteur de 1 mètre 40, sur un échalas planté en terre : plaie de la région iléo-inguino-scrotale; puis, après diverses alternatives, abcès dans le muscle grand droit. La guérison ne fut obtenue que lorsqu'on eut extrait du fond de la plaie un corps étranger qui entretenait la suppuration, et qui n'était autre qu'un morceau de drap du pantalon que portait le blessé au moment de l'accident.

Je rappellerai encore le fait curieux que nous a raconté M. Poyet, d'une canule à trachéotomie retirée après vingt-deux mois de séjour non interrompu; vous avez vu cette canule et vous avez pu constater qu'elle était presque entièrement corrodée.

Enfin, Messieurs, je mentionnerai les observations tirées de leur pratique, que nous ont envoyées MM. Pintaud-Désallées (de La Rochefoucauld) et Colombe (de Lisieux), et dont M. Polaillon vous a fait l'analyse. Dans la première, il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, renversé par des bœufs qu'il dirigeait pendant le labourage : éventration, issue de plusieurs anses d'intestin, perforation de l'intestin, création d'un anus contre nature, puis occlusion de cet anus artificiel, enfin, guérison complète après plusieurs mois de péripéties, pendant lesquels le tact chirurgical de notre confrère a eu fréquemment occasion de se signaler.

Le fait de M. Colombe est celui d'un vieillard de 72 ans, atteint à la fois de cancer des vertèbres et du sein : fait rare et dont le rapporteur a su faire ressortir tout l'intérêt, tout en conservant quelques doutes sur la nature de la lésion vertébrale.

Messieurs, je crains d'avoir retenu longuement votre attention; je devais être complet et j'aurais mauvaise grâce de me plaindre que nos séances aient été bien remplies. Seulement, pour que cette rapide revue fût un miroir absolument fidèle, il faudrait qu'elle pût retracer ce qui fait le charme de vos séances la science profonde des uns, l'expérience consommée des autres, la discussion cour, toise et la confraternité amicale de tous.

A toutes ces communications se rapportant soit à la médecine, soit à la chirurgie, il convient d'en joindre un certain nombre ayant plus spécialement pour objet la *thérapeutique*.

M. Fraigniaud vous a de nouveau parlé de l'emploi de la *résorcine* : il a traité un enfant âgé de 14 à 15 ans, atteint de diphthérie, par la résorcine en applications locales, en même temps qu'il donnait le sulfure de calcium à l'intérieur. L'enfant guérit; mais il y eut ceci de curieux, qu'après trois jours d'application de la résorcine (4 gr. sur 30 de glycérine), les urines de l'enfant étaient devenues noires, signe précieux qui indique le moment où il faut s'arrêter dans l'emploi du médicament.

M. Dehenne nous a entretenus de la *cocaïne*, dont l'an dernier déjà vous aviez discuté la valeur. Se basant sur 60 observations, il conclut qu'à la dose de dix à douze gouttes, la solution de cocaïne (chlorhydrate) à 5 p. 100 produit une anesthésie complète de la conjonctive et de la cornée, lors même que ces membranes sont enflammées; que l'anesthésie se produit très rapidement et dure au moins dix minutes, que l'iris n'est qu'analgésié.

Dans une des dernières séances de l'année, M. Dubuc nous a signalé l'utilité du *chlorhydrate de cocaïne* dans la lithotritie. Ce médicament diminue la sensibilité douloureuse de la vessie, empêche les contractions de ses parois ; c'est, dans beaucoup de cas un auxiliaire précieux, mais qui ne saurait toujours remplacer le chloroforme.

M. Coignard vous a lu un travail destiné à prouver que la réduction des sels de cuivre par l'urine n'indique pas d'une façon absolue la présence du sucre dans cette urine.

Vous avez, pour la première fois, décerné le prix *Duparque*. Notre président a naguère fait revivre devant vous le collègue vénérable qui a appartenu à notre Société pendant plus d'un demi-siècle, et qui a voulu, par ses bienfaits, perpétuer son souvenir parmi nous. Il aurait été heureux, sans nul doute, s'il avait pu penser que notre premier lauréat serait l'interne de l'un de nos collègues les plus éminents. Nous félicitons de tout cœur notre jeune confrère, M. Dalché, mais il nous permettra de faire remonter nos félicitations jusqu'au maître dont les leçons ont inspiré son premier travail.

Plusieurs membres de notre Société ont été l'objet de distinctions honorifiques : M. Reliquet a été promu officier de la Légion d'honneur; M. Larcher, officier de l'instruction publique; MM. Bergeron et Duboué (de Pau), ont reçu les palmes d'officier d'Académie. Nous applaudissons à ces récompenses qui honorent des mérites que vous avez souvent occasion d'apprécier.

L'un de nos membres honoraires les plus considérés, M. Durand-Fardel, a été nommé membre associé national de l'Académie de médecine ; notre bien sympathique confrère, M. de Ranse, en a été élu membre correspondant. Ce sont des distinctions justement méritées et que nous sommes fiers d'enregistrer.

Notre Société n'a reçu, cette année, qu'un seul membre titulaire, M. le docteur Pellier; elle a conféré le titre de membre correspondant à MM. les docteurs de Valcourt (de Cannes); Bovet, médecin inspecteur à Pougues; Gauron, médecin de l'hôpital à Pont-Sainte-Maxence (Oise); Colombe (de Lisieux).

Nous souhaitons la bienvenue à ces nouveaux collègues.

©BIU Santé

Quelques-uns des nôtres ont disparu, et c'est un pieux devoir de leur dire un dernier adieu. Nous avons perdu deux de nos anciens présidents, CHARRIER et LUNIER.

CHARRIER appartenait à la Société de médecine depuis 1866. En 1870, il avait été nommé secrétaire général, et il avait gardé ce poste pendant six ans; dans cette période, qui a été une période de crise, Charrier se montra plein de dévouement, et ce fut la juste récompense de ses efforts et de son zèle, quand, en 1881, vous l'appelâtes à l'honneur de la présidence. Déjà, vers cette époque, la santé de notre collègue commençait à s'altérer, peu après avoir quitté le siège de président, il dut renoncer à venir à nos séances et solliciter le titre de membre honoraire, qu'il obtint en 1883. Depuis, son état ne fit qu'empirer, et il s'éteignit au mois d'avril 1885, à l'âge de 58 ans. Charrier avait été interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique de la Faculté; il s'était acquis. comme gynécologue et comme accoucheur, une grande autorité. A tous ceux qui l'ont connu, Charrier laisse le souvenir d'un confrère aussi instruit que modeste, aimable, bienveillant : c'était le *vir probus, medendi peritus*.

LUNIER a présidé la Société en 1873; il lui appartenait, en qualité de membre titulaire depuis 1865. En 1881, vous lui aviez conféré le titre de membre honoraire, et, à partir de cette époque, il n'est plus venu que rarement à nos séances. Mais ce n'était pas la maladie qui l'en empêchait; l'activité débordante de notre confrère semblait s'accroître avec l'âge, et quand on voyait son ardeur juvénile, qui aurait pensé que la mort le guettait, et « qu'un refroidissement banal, au cours d'une partie de chasse, « allait brusquement terminer cette carrière encore pleine de projets et d'espérances! » Lunier était né en 1822; il fut nommé interne des hôpitaux dans la promotion de 1845, et couronna ses études par une thèse remarquée sur la paralysie générale. Sa voie semblait toute tracée : neveu de notre vénéré doyen, M. Baillarger, il aborda, sous la direction de ce maître, l'étude des maladies mentales. Nommé d'abord médecin de l'asile de Niort, puis directeur-médecin de celui de Blois, il arriva, en 1864, au poste envié d'inspecteur général des asiles d'aliénés, et c'est en cette qualité qu'il eut une grande part à la rédaction du *Rapport général sur le service des aliénés* publié en 1878. Lunier conserva ses fonctions d'inspecteur jusqu'en 1883, et ce ne fut pas sans un vif chagrin qu'il vit arriver l'heure de la retraite; il ne l'avait pas demandée et il se sentait encore plein de force et d'activité. Il eut du moins la compensation la mieux faite pour le consoler : l'Académie de médecine l'admit dans son sein l'année même où il avait cessé d'être inspecteur; c'était le couronnement qu'il rêvait pour sa carrière médicale. Les travaux de Lunier sont nombreux; ils se rapportent principalement aux questions de statistique et d'assistance médicale. Membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, il avait été, en 1872, l'un des fondateurs, et il resta, comme secrétaire général, l'âme de la Société française de tempérance.

Pendant de longues années, Lunier a été un de nos membres actifs ; dans les heures difficiles, il est intervenu, il a payé de sa personne, il a vaillamment lutté dans l'intérêt de la Société : à ce titre seul nous devions à sa mémoire un juste tribut de regrets ; il s'accroît encore au souvenir de son affabilité, de sa bienveillance, du charme de ses relations.

A ces deux pertes est venue s'ajouter celle de CAMUZET, membre titulaire depuis 1873 jusqu'en 1881, époque à laquelle il quitta Paris pour aller s'établir à Dijon. Tous ceux qui ont connu Camuzet se rappelleront un confrère aimable, spirituel, exubérant de vie et de gaîté, poète, artiste, homme du monde, et avec tout cela trouvant le temps d'être un oculiste distingué et d'écrire un excellent manuel d'ophthalmologie. La mort a été cruelle pour lui ; elle l'a enlevé à 44 ans : sa tâche n'était pas accomplie.

Et ce jeune confrère, ce médecin militaire, qui voulait être des nôtres, qui avait déjà pris jour pour nous lire son mémoire de candidature, ne lui dirons-nous pas un suprême adieu ? GÉRARDIN était aide-major de première classe, chef de clinique au Val-de-Grâce ; il venait d'être à la fois lauréat du Val-de-Grâce et de l'Académie de médecine, quand il sollicita nos suffrages. Avant d'avoir pu les obtenir, il dut partir pour le Tonkin, et, à peine débarqué, il était emporté par le choléra. Il succombait loin de sa jeune femme, loin de ses deux petits enfants ; une carrière qui s'annonçait pleine de promesses, qui légitimait les plus belles espérances, était brisée en quelques heures !

Pour clore cette funèbre revue, je vous signalerai encore la mort d'un de nos membres correspondants, M. Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux de Marseille ; il était des nôtres depuis 1875.

Nous commençons l'année 1886 au nombre de 61 membres titulaires, et 13 membres honoraires. Vous disposez donc de 9 places de titulaire, de 2 places d'honoraire. J'espère que l'année ne se passera pas sans que quelques-uns au moins de ces vides aient été comblés.

En terminant, Messieurs, le bilan de 1885, je crois pouvoir dire que vos travaux ne l'ont cédé ni en importance, ni en intérêt, à ceux des années précédentes. Nous pouvons donc bien augurer de l'avenir. Songez au *Livre d'Or* que notre archiviste a extrait de nos *Annales :* à ce *Livre d'Or* vous voudrez ajouter quelques pages nouvelles : vous voudrez qu'un jour on parle de nous avec la même estime et le même respect que M. Rougon nous a appris à professer pour ceux qui nous ont précédés.

BIBLIOTHÈQUE

Deux cas d'angine sous-maxillaire (*Angine de Ludwig*), par le docteur Ed. Tordeus. — Bruxelles, 1885.

C'est en 1836 que Ludwig appella l'attention sur une induration gangréneuse du tissu cellulaire du cou, qu'il rapportait à un processus érysipélateux provoqué par des influences épidémiques particulières. La plupart de ses contemporains, adoptant sa façon de voir, s'accordèrent à reconnaître à l'angine de Ludwig un caractère infectieux spécifique, et l'acceptèrent dans le cadre nosologique comme une maladie distincte.

Malheureusement l'angine de Ludwig ne répond à rien moins qu'à une lésion univoque par la nature, le siège, l'évolution, la terminaison. Les auteurs allemands la définissent comme une inflammation du tissu cellulaire de la région sous-maxillaire, et les uns en placent le point de départ dans la glande sous-maxillaire même, les autres dans les ganglions lymphatiques voisins. En France, on en a fait un phlegmon diffus de la région sus-hyoïdienne (Hénocque), un adéno-phlegmon sous-maxillaire dont l'origine peut être une ostéopériostite du maxillaire (Tillaux). En définitive, il n'y a aucun substratum anatomique constant, et la dénomination de *phlegmon sous-maxillaire* est celle qui diviserait le moins les pathologistes. Nous la préférerions à celle d'angine sous-maxillaire, proposée par M. Tordeus, qui nous en donne deux cas intéressants, attendu que la nomenclature moderne n'a pas conservé son extension au terme d'angine appliqué par les anciens médecins à toutes les affections chirurgicales susceptibles d'entraver la déglutition et la respiration, le réservant aux affections de la gorge; c'est par la même raison qu'on a cessé depuis longtemps d'appeler les oreillons angine parotidienne.

De l'ankylostome duodénal (*Ankylostomasie et anémie des mineurs*), par le docteur François Trossat. — Th. de Lyon 1885.

Lorsque Perroncito découvrit chez les mineurs de Saint-Etienne le parasite auquel on avait rapporté la maladie du Saint-Gothard, il sembla qu'on avait enfin la clé de cette anémie professionnelle dont l'étiologie s'était dérobée jusqu'ici. Il a fallu beaucoup rabattre de cette prétention, dont M. Trossat, un des chercheurs de la première heure, laisse bien peu subsister. L'ankylostome existe bien chez les mineurs des bassins houillers de la Loire et du Nord; mais très rare déjà à Commentry, on ne le rencontre pas du tout en Angleterre. On le trouve chez les houilleurs en pleine santé aussi bien que chez les houilleurs anémiques; l'anémie du Saint-Gothard n'a rien de commun avec celle-ci où manquent tous les symptômes gastro-intestinaux, le tympanisme duodénal, les vomissements, les selles sanglantes, etc. L'expulsion du parasite n'a aucun effet sur la reconstitution plus ou moins prompte de la santé générale des mineurs anémiques. L'ankylostome n'est donc qu'un parasite épisodique de l'affection qui nous occupe; il n'y a lieu d'en tenir compte, dans le traitement général, qu'au titre de facteur secondaire et d'incident subordonné. — R. L.

FORMULAIRE

LOTION CONTRE LA PELADE. — Lailler.

Sulfate de quinine	1	gramme.
Essence de bergamote	10	grammes.
Essence de Wintergreen	2	—
Alcool à 90°	100	—

Faites dissoudre et filtrez. — On frictionne tous les jours le cuir chevelu des sujets atteints de pelade, avec une flanelle imbibée de cette solution, de façon à irriter la peau. On rase de temps en temps les cheveux, et on prescrit un traitement général approprié à l'état du malade. — N. G.

COURRIER

FONDATION D'UN ÉTABLISSEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA RAGE. — La commission nommée par l'Académie des sciences, dans sa séance du 1er mars 1886, pour étudier la création d'un établissement vaccinal de la rage a adopté à l'unanimité le projet suivant que l'Académie des sciences a ratifié.

Fondation d'un établissement pour le traitement de la rage

Article 1er. — Un établissement pour le traitement de la rage après morsure sera créé à Paris sous le nom d'Institut Pasteur.

Art. 2. — Cet institut admettra les Français et les étrangers mordus par des chiens ou autres animaux enragés.

Art. 3. — Une souscription publique est ouverte en France et à l'étranger pour la fondation de cet établissement.

Art. 4. — L'emploi des fonds souscrits sera fait sous la direction d'un comité de patronage composé de MM. :

L'amiral Jurien de la Gravière, président ; Gosselin, vice-président, et Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Pasteur, Vulpian, Marey, Paul Bert, Charcot, membres de l'Académie des sciences ; Hervé-Mangon, de Freycinet ; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; Wallon, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ; Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts ; Jules Simon, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales ; Magnin, gouverneur de la Banque de France ; Christophle, gouverneur du Crédit foncier ; Alphonse de Rothschild, membre de l'Institut ; Béclard, doyen de la Faculté de médecine ; Brouardel, président du comité consultatif d'hygiène publique de France ; Grancher, professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 5. — Les souscriptions seront reçues à la Banque de France et à ses succursales ; au Crédit foncier et à ses succursales ; chez les trésoriers-payeurs généraux, chez les receveurs particuliers et les percepteurs.

Art. 6. — Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Prenant, licencié ès sciences naturelles, préparateur d'histologie, en remplacement de M. Sadler, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Fauvel a été élu conseiller général du canton Est du Havre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine de Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : Un nouvel hypnotique : L'éthyl-uréthane ou carbamate d'éthyle. — II. Bibliothèque : Anatomie pathologique du système nerveux. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Variétés. — V. Courrier.

Un nouvel hypnotique : L'éthyl-uréthane ou carbamate d'éthyle (1)

Par le docteur Ch. Éloy.

III

Tels sont les titres de recommandation de l'uréthane à l'attention des praticiens ; ils ont motivé ses premières applications thérapeutiques. M. Von Jacksch l'a employé dans 20 cas, M. Myrtle dans 50, M. Huchard dans 14, moi-même chez quatre malades rebelles aux médicaments habituels de l'agrypnie. C'est là un ensemble de 90 observations. Qu'on lui ajoute les essais de MM. Jolly, Riegel, Sticker et Saundry (2), et sans doute on aura droit de conclure que le carbamate d'éthyle mérite une place parmi les agents de la médication hypnotique et de la médication sédative.

En tout cas, cette statistique suffit, ce me semble, pour en fixer les indications, les contre-indications et le mode d'emploi.

Quelles sont donc les maladies ou mieux les malades dont l'agrypnie a chance d'être combattue par le carbamate d'éthyle? En premier lieu, les individus porteurs d'affections cardio-vasculaires : les cardiaques vrais, les cardio-aortiques ou les cardio-artériels. A preuve, les succès obtenus par MM. H. Huchard et Von Jacksch, qui l'ont prescrit : le premier contre l'insomnie, au cours de la maladie de Hogdson, avec angine de poitrine, de la maladie de Basedow avec insuffisance aortique, des affections mitrales, de l'hypertrophie cardiaque avec adhérences péricardiques; et, le second, dans les cas de rétrécissement mitral avec insuffisance ou avec complication de dyspnée, et dans l'endartérite chronique. Pour ma part, je l'ai ordonné avec le même succès à une malade atteinte d'angine de poitrine avec aortite, et dans deux cas de cardiopathies valvulaires. Enfin, M. R. Saundry (3) en a aussi reconnu l'utilité dans les affections du cœur et de l'aorte.

Cette analyse critique permet de conclure que l'uréthane a vaincu parfois l'insomnie des cardiaques réfractaires ou intolérants à la morphine ou au chloral. Ce n'est donc pas faire preuve d'enthousiasme exagéré que de le recommander aux cardiaques. Par contre, il serait prématuré d'attribuer son efficacité à une action sur les organes de la circulation, puisque, en ce moment encore, les propriétés cardio-vasculaires de ce médicament attendent leur démonstration.

A côté de l'agrypnie des cardiaques se place l'insomnie des tuberculeux et des catarrheux. Est-elle parfois justiciable de l'uréthane? MM. Von Jacksch et Sticker l'admettent. M. H. Huchard, qui en a obtenu des succès, l'a vu cependant échouer dans deux cas où l'infiltration granuleuse était

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

(2) Von Jacksch (de Vienne) : *Wien. med. blatter* et *Centralbl. f. k. med.*, 1884, p. 884. — Myrtle : *The Brit. med. Journal*, 20 février 1886, p. 343. — Voir encore Grasset : *Semaine méd.*, 1885, n° 5. — Georges Foy : *The medical Press*, 3 mars 1886, p. 191.

(3) R. Saundry : *The Lancet*, 10 décembre 1885. — Jolly : *Jahresbericht der Pharmacotherapie*, 1885, p. 134.

généralisée, la toux incessante et la dyspnée très accusée. Dans un autre cas, chez un enfant de 8 ans, atteint de phthisie galopante avec toux et dyspnée intense, il en obtint des effets sédatifs.

Dès lors on serait en droit d'admettre que, dans les diverses formes de la tuberculose pulmonaire, le carbamate d'éthyle ne rend pas seulement des services comme hypnotique, mais aussi, contrairement à l'avis de M. Von Jacksch, comme calmant de la toux. M. Sticker l'accuse, il est vrai, de provoquer parfois une légère transpiration, motif suffisant, dira-t-on, pour le bannir du traitement d'une affection où la profusion des sueurs est avec raison redoutée.

Les essais cliniques précédents ne justifient pas ces scrupules; de sorte que, à l'heure actuelle, le carbamate d'éthyle peut, dans le traitement de la phthisie, tenir place à côté des préparations opiacées ou morphinées. D'autres malades ont encore bénéficié de ce médicament : les débilités, les cérébraux, les cérébro-spinaux, les névropathes. M. Von Jacksch l'a ordonné dans un cas de tumeur cérébrale, dans le marasme des vieillards et la myélite chronique. M. Myrtle l'a vu réussir contre l'insomnie consécutive à de grandes fatigues cérébrales; M. Huchard, contre l'excitation maniaque d'un dément paralytique. Sous ce rapport, elle a donc quelques analogies avec la paraldéhyde. Dans un cas de neurasthénie avec insomnie rebelle aux médications classiques, j'ai noté le retour du sommeil après l'administration durant trois jours du carbamate d'éthyle à la dose de 3 grammes (1).

Faut-il étendre plus loin le domaine thérapeutique de ce médicament? On a essayé de le faire en le prescrivant dans le rhumatisme chronique, le cancer du rectum ou l'anthrax des diabétiques, et en proclamant ses mérites contre les névralgies, la goutte et le prurit des dermatoses. C'est vouloir trop prouver, car l'uréthane n'est pas *un médicament de la douleur, mais seulement un médicament de l'insomnie.*

Il y a donc contre-indication à son emploi dans le traitement des névralgies, des algies inflammatoires et des douleurs d'origine périphérique, contre lesquelles elle est inférieure à l'opium, inférieure à la morphine, inférieure d'ailleurs à tout autre analgésique. A quoi bon insister sur ce point, puisque, pour vaincre l'insomnie de la douleur, il n'est pas d'autre traitement que le traitement même de la douleur (2)? *Primum sedare dolorem;* malgré son ancienneté, ce principe est toujours d'actualité.

Le carbamate d'éthyle ne saurait non plus passer pour un anesthésique. Dépourvu de cette vertu, il l'emporte cependant sur les composés chlorés et bromés par un autre privilège, celui de ne pas déprimer l'innervation vaso-motrice, respiratoire ou ganglionnaire du cœur. Cette qualité a bien, ce me semble, quelque valeur.

Voici une autre objection à son emploi. M. Schmiedeberg accuse les doses élevées de causer des vomissements, au reste peu dangereux. Devra-t-on, pour ce motif, proscrire cette substance du régime des dyspeptiques, des gastralgiques et des individus à vive susceptibilité gastrique? Non, certes; car les autres observateurs ne signalent pas cet inconvénient. L'un d'eux recommande le carbamate d'éthyle dans l'agrypnie des dyspeptiques. Un autre n'hésite pas à le prescrire dans les cancers du pancréas

(1) Ch. Eloy : *Union méd.*, 1884, et art. Paraldéhyde du *Dict. encyclop. des sciences médicales.*

(2) Ch. Eloy : Art. Douleur du *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. XXX, p. 465.

et du foie, et tous considèrent cette substance comme de facile tolérance pour l'estomac. Le témoignage de M. Schmiedeberg fait seul défaut; mais cet observateur paraît avoir étudié les effets de l'uréthane sur les animaux plutôt que son action sur l'homme. De l'intolérance gastrique du chien, qui oserait conclure à l'intolérance gastrique de l'homme?

Il ne faudrait cependant pas se hâter de dire que le carbamate d'éthyle n'exerce aucune influence sur les fonctions de nutrition. A défaut d'autre preuve, il existe un indice de probabilité dans la remarque suivante : ceux des animaux que j'ai soumis expérimentalement à une injection sous-cutanée de carbamate d'éthyle, même à deux ou trois reprises seulement, perdaient de leur poids et de leur vivacité. Il s'amaigrissent rapidement et leur poil paraît plus terne. Ce phénomène s'observe aussi sous l'influence répétée de l'hopéine et de la paraldéhyde. Le carbamate d'éthyle n'est donc pas seul à provoquer ces troubles trophiques dont l'explication reste obscure, mais qui montrent le danger de continuer ou d'exagérer l'emploi des hypnotiques en apparence les mieux tolérés. Quoi qu'il en soit, ce ne sont pas là des arguments suffisants pour révoquer en doute l'utilité du carbamate d'éthyle; ce sont plutôt des motifs pour en régler méthodiquement l'administration.

IV

Quel doit être ce mode d'administration? Par la voie sous-cutanée ou par la voie buccale? La causticité et la puissance escharotique des solutions concentrées ne permettent pas d'employer la méthode hypodermique. Avec raison on lui préfère l'ingestion par la voie buccale. La solubilité du médicament, sa facile tolérance par l'estomac, son goût aisément accepté par les malades, enfin la nécessité d'employer des doses relativement élevées légitiment ce choix. On donne l'uréthane en potions diversement édulcorées ou en solutions (1), formes pharmaceutiques favorables à une rapide absorption gastrique du médicament, par sa véhiculation dans une grande quantité de dissolvant.

A quelle dose prescrira-t-on le carbamate d'éthyle? M. Von Jacksch l'ordonne aux doses de 25 centigrammes à 5 grammes; M. Sticker, à celles de 2 à 4 grammes, et M. Huchard par quantités de 3 à 4 grammes aux adultes et 50 centigrammes aux enfants.

Les doses inférieures à 1 et 2 grammes seraient des *doses sédatives;* mais en les élevant à 3, 4 et 5 grammes, elles deviennent des *doses dormitives.*

Le carbamate d'éthyle est donc de maniement aisé. A doses égales et sur un même individu, l'intensité de son action paraît être directement proportionnelle à la dose ingérée. De plus, cette action ne paraît pas éphémère, car, après la cessation de son emploi et la disparition de l'agrypnie sous son influence, le retour du sommeil persiste souvent. J'ai constaté ce

(1) I. Potion à l'uréthane ; *première formule* (H. Huchard) : Eau distillée de tilleul, 40 grammes; sirop de fleurs d'oranger, 20 grammes; carbamate d'éthyle, 3 à 4 grammes. — *Deuxième formule* (M. Vigier) : Sirop de menthe ou d'éther, 30 grammes; eau, 120 grammes; uréthane, 4 grammes. (*Société de thérapeutique*, 27 janvier 1886.)

II. Solution d'uréthane : Eau distillée, 100 grammes; carbamate d'éthyle, 20 grammes. Une cuillerée à café contient 1 ramme de carbamate d'éthyle; une cuillerée à soupe en contient 4 grammes. Dose rois à quatre cuillerées à café dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

fait plusieurs fois, et M. Huchard l'a aussi noté dans les observations aujourd'hui nombreuses dans son service hospitalier ou sa clientèle privée. L'administration du carbamate d'éthyle n'a donc pas besoin d'être longtemps continuée.

Une autre règle thérapeutique non moins importante consiste à faire prendre les *doses dormitives en masse et en une seule fois*. L'inobservation de cette règle donne en partie raison de certains échecs, assez rares d'ailleurs. Par contre, ce serait plutôt par doses fractionnées qu'on devrait prescrire le médicament à titre sédatif, en mettant un intervalle de deux ou trois heures entre chaque prise, selon la méthode de M. Von Jacksch.

Une dernière question demande réponse : celle du mécanisme par laquelle l'uréthane produit le sommeil. Pour la résoudre, il faudrait d'abord des notions chimiques et physiologiques plus certaines sur les éthers de la famille des uréthanes, qui, paraît-il, d'après M. Tokio-Takahaschi, et comme l'insinue M. Schmiedeberg, partagent ses vertus thérapeutiques. Il faudrait s'entendre sur le mécanisme et la théorie du sommeil physiologique. Il faudrait encore établir les différences et les analogies de ce sommeil physiologique avec les divers sommeils médicamenteux. C'est là une question des plus vastes ; elle intéresse au premier chef les cliniciens et les physiologistes, et mérite une étude approfondie. Quant à présent, il est sage de s'en tenir aux faits, d'admettre que le carbamate d'éthyle agit surtout sur le grand cerveau, et, sans engouement, ni septicisme, de prendre ses vertus en considération. Le praticien ne saurait disposer d'un nombre trop grand d'agents somnifères, car la fidélité de ces agents est loin d'être constante. Comme l'a dit un thérapeutiste expérimenté : « Dans le traitement de « l'agrypnie il y a des médications hypnotiques, et non toujours des médi« caments franchement hypnotiques. »

BIBLIOTHÈQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX. Cours complémentaire professé à la Faculté, par F. RAYMOND, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Paris, 1886; librairie Delahaye.

M. Raymond a eu l'heureuse idée de livrer à la publicité les leçons faites par lui à la Faculté sur l'anatomie pathologique du système nerveux.

Elevé à l'école des professeurs Charcot et Vulpian, enrichi des faits observés pendant son séjour aux Incurables d'Ivry, M. Raymond était plus que qui que ce soit capable de mener à bonne fin la tâche qui lui avait été confiée. Aussi son livre est-il non seulement un résumé de toutes nos connaissances actuelles en neuro-pathologie, mais aussi un exposé de ses idées personnelles sur beaucoup d'affections dont la pathogénie et la physiologie pathologique sont encore obscures.

Nous nous bornerons à passer rapidement en revue les parties les plus saillantes de l'ouvrage. Les premières leçons consacrées à l'étude de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux reposent sur le schéma d'Aeby. M. Raymond est, croyons-nous, le premier qui ait donné en France connaissance de ce schéma, qu'il a su modifier dans le sens des travaux français et qui permet ainsi d'envisager avec une extrême facilité les connexions du système nerveux.

Les leçons suivantes font ressortir l'importance qu'il convient d'attacher aux lésions des vaisseaux (artérites et dégénérescences) et aux lésions des méninges.

L'étude des inflammations diverses, dont ces enveloppes peuvent être le siège, conduit M. Raymond à rattacher les scléroses médullaires, et par dessus tout la sclérose en plaques aux méningites chroniques. Une conception peut-être plus hardie, mais

basée en tout cas sur des autopsies pratiquées par lui à Ivry, est celle qui consiste à rapprocher la paralysie agitante des tremblements séniles, et à lui assigner comme cause principale l'exagération et la rapidité des lésions séniles de la moelle, celles-ci consistant en scléroses méningées, raréfaction des tubes et des cellules.

Quelques aperçus nouveaux sur la myélite péri-épendymaire, une étude approfondie des myélites systématiques, et enfin une série de leçons sur les altérations des nerfs périphériques et des organes des sens et sur les troubles trophiques, complètent cet ouvrage que liront avec le plus grand profit élèves et médecins qui prennent quelque intérêt à la pathologie du système nerveux. — A. Florand.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Rapport sur des observations relatives à la pathogénie et au traitement des corps étrangers articulaires; discussion. — Des limites de la matrice de l'ongle; applications à l'opération de l'ongle incarné. — Observation de transplantation d'un tendon d'un animal à l'homme. — Présentation de malade : Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique.

M. le Président annonce que M. Guermonprez (de Lille), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. Trélat présente, de la part de M. le docteur Segond, une pince destinée à empêcher les ligatures élastiques de se détacher, et très utile notamment pour la ligature élastique du pédicule après l'hystérectomie.

— M. Kirmisson lit un rapport sur plusieurs faits d'arthrotomie pour corps étrangers articulaires, communiqués l'un par M. Krug-Basse, médecin principal à l'hôpital de Belfort, l'autre par M. Boppe, médecin major de première classe à l'hôpital de Lunéville.

M. le rapporteur examine successivement la pathogénie et le traitement des corps étrangers articulaires.

En ce qui concerne la pathogénie, il montre qu'une sorte de réaction due à l'initiative de M. Poncet s'opère aujourd'hui contre la tendance générale des chirurgiens à admettre d'une manière presque exclusive le développement spontané des corps étrangers articulaires, considérés comme une production pathologique de la synoviale et désignés par M. Panas sous le nom d'*arthrophytes*. Bon nombre de ces corps étrangers sont rattachés aujourd'hui à une origine traumatique. Leurs caractères anatomo-pathologiques sont les suivants : ils sont de forme circulaire, plus ou moins aplatis; ils représentent un copeau détaché d'une des surfaces articulaires, et, comme tels, sont formés d'un noyau osseux tapissé sur l'une de ses faces d'un cartilage qui répond très exactement par tous ses caractères au cartilage d'encroûtement normal des articulations. On y trouve, en effet, à la périphérie, des cellules cartilagineuses aplaties, horizontalement dirigées, tandis que les cellules des couches profondes affectent une direction verticale.

L'étude du fait de M. Krug-Basse montre bien manifestement, comme le pense l'auteur, qu'il s'agit d'un corps étranger d'origine pathologique, car il n'y a pas eu de traumatisme vrai; le malade a fait, il est vrai, une chute sur le genou, mais cette chute n'a été suivie que longtemps après de la production des corps étrangers qui se sont d'ailleurs développés dans les deux genoux et non pas seulement dans celui qui a été le siège du traumatisme. De plus, le malade n'a pas été complètement guéri par les opérations qu'il a subies; il a conservé dans les deux genoux une gêne assez marquée; les craquements ont augmenté d'intensité. Enfin, il avait des antécédents rhumatismaux héréditaires très manifestes.

Dans le cas de M. Boppe, l'interprétation exacte de la nature du corps étranger pré-

sente de sérieuses difficultés. C'est un corps aplati, ayant la forme d'une petite rotule, creusé d'une cavité renfermant un liquide analogue à de la synovie. Examiné par M. Poulet, il a été considéré par lui comme un corps ostéo-cartilagineux d'origine *probablement traumatique*, un fragment de condyle séparé *par suite d'un traumatisme ou autrement*.

Il arrive, en effet, que, par une sorte de processus nécrobiotique, des portions plus ou moins étendues de cartilage peuvent être détachées spontanément et constituer des corps étrangers articulaires. C'est la théorie soutenue par MM. Poulet et Vaillard, à l'encontre de la théorie ancienne qui faisait naître les corps étrangers pathologiques dans les franges synoviales, par prolifération des cellules cartilagineuses.

M. le rapporteur, prenant en considération l'existence, dans le cas de M. Boppe, d'une cavité centrale qu'on retrouve assez souvent dans les corps étrangers de l'arthrite sèche, et surtout le long intervalle de temps écoulé entre l'accident et la constatation du corps étranger, l'absence de tout symptôme pendant ce temps, aime mieux se ranger à l'avis de l'auteur, et considérer ce corps comme d'origine pathologique.

M. Kirmisson croit devoir rapprocher des deux observations précédentes un fait inédit qui lui a été communiqué par M. Maunoury (de Chartres), et qui lui semble offrir un type très net de corps étranger traumatique. Dans ce fait il y a eu, en effet, un traumatisme du genou, accompagné de douleur vive dans la jointure au moment de la chute, craquement perçu par la malade. Deux mois à peine après l'accident, la présence du corps étranger était constatée, et, jusqu'au moment de l'opération, n'a cessé d'entraver les fonctions du membre.

Enfin l'examen histologique du corps étranger a montré, outre le noyau central, le cartilage diarthrodial facilement reconnaissable à la forme et à la disposition de ses éléments anatomiques.

Depuis l'opération, le rétablissement des fonctions du membre ne laisse rien à désirer.

Dans un cas de M. Chipault (d'Orléans), membre correspondant, le corps étranger, reconnu cinq jours après le traumatisme et enlevé au bout de deux mois et demi, présentait une surface convexe, lisse, cartilagineuse et une surface aplatie, légèrement rugueuse et recouverte de tractus formés par le tissu spongieux déchiré, répondant manifestement à une portion du condyle interne fémoral.

Lorsqu'un long temps s'est écoulé entre l'accident et l'opération, les deux faces du corps étranger sont tapissées de cartilage, mais l'une d'elles, lisse, polie, possède toutes les apparences extérieures du cartilage diarthrodial; tandis que l'autre, plus mince, mamelonnée, rugueuse, ne renferme que des cellules cartilagineuses embryonnaires de nouvelle formation.

En résumé, dit M. le rapporteur, il faut admettre aujourd'hui, dans l'étude des corps étrangers articulaires, les deux variétés pathologique et traumatique, en faisant à cette dernière une part beaucoup plus large qu'on ne le faisait autrefois. C'est par une enquête minutieuse sur les antécédents du malade et surtout par l'examen histologique du corps étranger lui-même, qu'on pourra déterminer à quelle variété on a affaire. On en déduira des notions pronostiques intéressantes; car si, dans l'arthrite sèche, les fonctions du membre restent nécessairement imparfaites après l'opération, dans les corps étrangers traumatiques, on peut espérer une guérison complète.

Quant au traitement chirurgical, l'accord est fait aujourd'hui entre les chirurgiens qui tous pratiquent l'arthrotomie ou taille articulaire, épouvantail des chirurgiens, il y a dix ans à peine, devenue de nos jours à peu près inoffensive, grâce à la généralisation de la méthode antiseptique. Les statistiques récentes portent, en effet, de 3 à 4 p. 100 seulement de mortalité.

Toutefois, M. le rapporteur signale des lacunes dans les observations des chirurgiens, en ce qui concerne le manuel opératoire. Ainsi le drainage est rejeté par les uns, tenu pour indispensable par les autres; bon nombre d'observations n'en font pas mention. De même, la question du meilleur mode de suture à employer dans l'arthrotomie demande à être sérieusement étudiée.

« C'est l'expérience seule, dit M. Kirmisson, qui pourra trancher les questions rela-

ives au drainage et au mode de suture dans la taille articulaire. Aussi ne saurions-nous trop engager les auteurs qui publieront à l'avenir des observations de ce genre, à faire connaître dans tous leurs détails leur pratique à cet égard. »

M. Trélat partage entièrement l'opinion exprimée par M. Kirmisson au sujet de la nature du corps étranger articulaire dans l'observation de M. Boppe; il pense qu'il s'agit là, non d'un corps étranger d'origine traumatique, mais d'un corps étranger pathologique, et il s'appuie, pour formuler cette opinion, sur l'examen histologique de deux corps étrangers articulaires qu'il a eu l'occasion d'enlever, dont l'origine pathologique n'était pas douteuse et qui étaient en tout semblables à celui de M. Boppe, mis sous les yeux de la Société de chirurgie.

Quant au manuel opératoire, M. Trélat estime qu'en dehors de certains cas exceptionnels, il est avantageux de ne pas faire le drainage, et que la suture doit comprendre tous les tissus, moins la synoviale.

M. L.-Championnière dit que les objections faites contre l'emploi du drainage ne reposent que sur des données purement théoriques; pour lui, dans toutes les arthrotomies qu'il a eu l'occasion de pratiquer, il n'a jamais vu se produire d'accidents; il pense, au contraire, qu'il y a de sérieux inconvénients à ne pas le faire.

M. Trélat fait remarquer que, dans les opérations d'arthrotomie pour des corps étrangers articulaires, la guérison a été obtenue tantôt avec drainage et tantôt sans drainage; la question est donc au moins encore en suspens et nul n'a le droit de la trancher dans un sens ou dans l'autre. Il est d'ailleurs fort à désirer que l'on arrive à la suppression complète du drainage, suppression qui doit être le but des persévérants efforts de la chirurgie.

M. Marchand pense qu'il y aurait lieu d'admettre une troisième variété de corps étrangers articulaires, les corps d'origine pathologique qui se détachent par l'action d'une cause traumatique, à la suite d'une chûte, d'un coup, etc.

M. Kirmisson répond que les ostéophytes détachés à la suite d'un traumatisme doivent rentrer dans la classe des corps étrangers d'origine pathologique.

Relativement à la question du manuel opératoire et du drainage en particulier, M. le rapporteur croit devoir rester dans l'opinion qu'il a exprimée et qui est partagée par M. Trélat, à savoir que la question est encore à l'étude et ne peut être tranchée, quant à présent.

— M. Quénu, chirurgien des hôpitaux, lit un travail ayant pour titre : *Des limites de la matrice de l'ongle; applications à l'opération de l'ongle incarné.*

— M. Peyrot, chirurgien des hôpitaux, lit une observation de transplantation d'un tendon d'un animal à l'homme.

Nous reviendrons sur ces communications à l'occasion des rapports des commissions désignées pour les examiner.

— M. Guermonprez (de Lille), membre correspondant, présente un malade auquel il a pratiqué la résection de deux côtes et le curage d'un foyer gangréneux sus-diaphragmatique.

Homme de 27 ans, atteint de pleurésie du côté droit, avec abcès correspondant aux neuvième et dixième côtes, et formant une tumeur extérieure de 8 à 10 centimètres.

Sueurs très abondantes, diarrhée, dépression considérable des forces, toux, dyspnée, expectoration d'une fétidité extrême, dépérissement croissant.

Le 7 septembre, une ponction pratiquée dans le foyer avec l'aspirateur de Potain donne issue à un liquide brunâtre mêlé à un peu de sang.

Séance tenante, M. Guermonprez fait une incision sur le milieu de la collection superficielle dans une longueur de 10 à 12 centimètres, suivant la direction des côtes. Elle donne issue à du pus brunâtre semblable à celui de la ponction.

Une portion de la dixième côte (7 centimètres), puis une portion de la neuvième (9 centimètres) sont ensuite enlevées; le foyer intra-thoracique est ouvert par une incision dans le dixième espace intercostal. Deux ou trois doigts introduits dans la

cavité pleurale en retirent un putrilage composé de pus et de débris de tissus mortifiés. Lavage des anfractuosités du foyer avec l'eau phéniquée, drainage, suture de la plaie cutanée dont l'angle inférieur est laissé largement béant. Pansement de Lister avec addition d'iodoforme sur toute la série des sutures; compression douce à l'aide d'une couche d'ouate et d'une très large bande de flanelle.

Après des péripéties diverses, l'état du malade finit par s'améliorer de plus en plus, et la convalescence s'établit le trente et unième jour après l'opération. La guérison s'est maintenue, ainsi que le prouve l'aspect florissant du malade que M. Guermonprez présente à ses collègues de la Société de chirurgie. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Traitement des kystes hydatiques du foie. — Traitement des sueurs des phthisiques par l'ergot de seigle. — Des difficultés du pronostic dans les cancers de l'estomac. — La fièvre typhoïde est-elle contagieuse par contact immédiat?*

A propos du procès-verbal de la précédente séance, M. Féréol communique une observation de guérison très rapide d'un kyste hydatique du foie par la laparotomie. Il pense que cette opération n'est pas applicable à tous les cas, mais qu'elle convient surtout aux grands kystes.

M. Gérin-Roze ne croit pas non plus que tous les kystes soient justiciables du même traitement. Suivant leur volume, leur position, ils peuvent réclamer soit la ponction avec le gros trocart de Verneuil, soit les cautérisations progressives de Récamier, soit la laparotomie.

M. Féréol demande si, lorsque M. Gérin-Roze a mis en usage le procédé de Récamier, il a pu s'assurer de l'existence des adhérences entre la paroi abdominale et le kyste; il croit qu'on n'est jamais sûr qu'elles soient formées, à cause des mouvements incessants que la respiration imprime au foie.

M. Dieulafoy estime que le choix de la méthode dépend surtout de l'âge du kyste. Ceux qui sont jeunes, uniloculaires, dont les parois ne sont pas épaissies, peuvent être guéris par une seule ponction aspiratrice dans un tiers des cas. Mais il faut suivre longtemps les malades pour pouvoir affirmer qu'il n'y aura pas de récidives, soit qu'il y ait eu deux poches kystiques voisines dont l'une n'ait pas été vidée, soit que dans la même poche soient restées des hydatides vivantes et capables de repulluler. En tout cas, lorsqu'un kyste est devenu purulent, le rôle médical cesse; c'est à la laparotomie qu'il faut recourir.

M. Féréol croit que la récidive est plutôt la règle que l'exception après la ponction simple.

M. Blachez partage plutôt l'avis de M. Dieulafoy. Sur 8 ou 10 kystes qu'il a eus à traiter à Necker, la plupart ont guéri par la ponction simple. C'est donc par celle-ci qu'il faut toujours commencer. Il demande ensuite l'opinion de ses collègues sur le cas suivant : Une jeune femme est entrée dans son service, présentant à la base du poumon droit des signes stéthoscopiques qui avaient fait croire à l'existence d'une pleurésie. M. Blachez eut bientôt la conviction qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la face convexe du foie. La ponction qu'il pratiqua donna issue seulement à 60 grammes de liquide d'aspect hydatique type, par sa transparence et l'absence d'albumine, bien qu'on n'y ait pas rencontré de crochets. Huit ponctions pratiquées ultérieurement en différents points du kyste n'ont jamais donné plus de 30 à 40 grammes, et cependant ce kyste, qu'on a attaqué de toutes parts avec de longues aiguilles capables de pénétrer profondément dans le foie, remonte jusqu'à la quatrième ou cinquième côte. La multiplicité des fonctions n'a pas modifié la nature du liquide kystique.

M. Tenneson a traité depuis un an deux kystes par la ponction. Il croit que jamais une ponction aseptique ne peut déterminer la purulence.

M. Dieulafoy pense que, dans le cas de M. Blachez, il peut s'agir d'un kyste hydatique multiloculaire, alvéolaire; dans ces cas, les poches kystiques sont si petites et si nombreuses qu'il est impossible de les vider toutes.

M. Gérin-Roze signale certains cas où le diagnostic des kystes hydatiques est particulièrement difficile. On a pu les confondre avec des tumeurs gommeuses; dans un cas de tumeurs multiples de l'abdomen d'apparence singulière, il avait cru à des tumeurs fibro-cystiques malignes. La ponction en a tiré un liquide transparent avec des crochets.

M. Labbé pense que la guérison définitive d'un kyste hydatique n'est assurée que quand il a suppuré.

M. Tenneson présente la thèse d'un de ses élèves, le docteur Mignon, sur le *traitement des sueurs des phthisiques par l'ergot de seigle*. M. Tenneson ne connaît pas de meilleure manière de les modérer; 1 à 2 grammes d'ergot ou d'ergotine peuvent les supprimer pendant une dizaine de jours.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle ses communications antérieures sur les difficultés qui entourent le diagnostic du cancer de l'estomac. Aujourd'hui, il va parler de certaines particularité relatives au *pronostic*. La condition la plus importante, au point de vue de la bénignité relative au pronostic, paraît être l'intégrité des orifices. Dans un cas où M. Beaumetz avait constaté, chez un homme profondément cachectique, une grande plaque cancéreuse sur toute la région antérieure de l'estomac, il avait cru pouvoir annoncer une terminaison prochaine. Or, cet homme a vécu encore trois mois, se nourrissant d'aliments les plus indigestes, notamment d'œufs durs en salade, sans avoir aucun vomissement. L'autopsie a montré une dégénérescence totale des parois de l'estomac, mais les deux orifices étaient intacts; les aliments traversaient l'estomac et allaient subir une digestion plus ou moins complète dans l'intestin, mais n'étaient pas rejetés.

Dans un autre cas, les orifices étant encore intacts, mais la néoplasie qui infiltrait les parois ayant revêtu la forme atrophique au point que l'estomac n'était pas plus volumineux que l'intestin, les vomissements ont été constants et la malade enlevée en huit jours.

Enfin M. Beaumetz raconte l'histoire d'une malade de 45 ans qui, dès 1877, avait été soignée par M. Labadie-Lagrave pour des vertiges rapportés par celui-ci à une affection de l'estomac. Quand M. Beaumetz la vit, il y a deux ans, il constata une tumeur manifeste au niveau du pylore; la malade avait des vomissements fréquents et des douleurs épouvantables. Soumise au lavage, elle cessa de vomir, puis de souffrir et vit ses digestions se rétablir pendant un an et demi. Rentrée à l'hopital, avec de nouveaux troubles dyspeptiques et de la toux, elle succomba subitement en toussant. On trouva un cancer strictement limité à la région pylorique et qui avait laissé absolument intacte la région des glandes à pepsine. Au centre de la néoplasie existait une perforation qui rendait compte de la mort subite et dont la toux avait été probablement la cause occasionnelle. La perforation est assez rare dans le cancer de l'estomac, bien que M. Hayem en ait cité un exemple.

M. Hayem estime que la question de la nature du cancer est au moins aussi importante que son siège au point de vue du pronostic. On voit de petits cancers qui tuent par cachexie rapide.

M. Beaumetz reconnaît que ce doit être un élément important dans la question; malheureusement c'est une étude particulière qui n'a pas été faite encore. C'est à M. Hayem qu'il appartiendrait de l'entreprendre. Les cliniciens, qui n'ont pas de compétence particulière en anatomie pathologique micrographique, ne peuvent que confondre jusqu'à nouvel ordre sous le nom de cancers toutes les néoplasies malignes.

M. Hayem se rappelle un malade chez lequel on n'avait constaté de son vivant aucune lésion organique capable d'expliquer une anémie pernicieuse progressive. Lorsqu'il eut succombé, on ne put découvrir d'autre lésion qu'un nodule cancéreux gros comme une noisette entre le foie et l'estomac avec un faible retentissement ganglionnaire.

Dans le cas de perforation de l'estomac auquel M. Beaumetz a fait allusion et que M. Hayem a signalé antérieurement, il s'agissait d'une rupture qui s'était faite, non pas au niveau de la tumeur, mais dans la paroi gastrique en amont d'elle et sur une étendue de plusieurs centimètres.

L'examen micrographique des parois gastriques a permis à M. Hayem de constater d'ailleurs que dans le cancer de l'estomac les lésions histologiques s'étendent bien au delà des limites de la tumeur appréciables à l'œil nu. Chez les cancéreux qui ont de l'anorexie précoce notamment, on constate une atrophie générale des glandes à pepsine.

M. Debove cite un fait qu'il considère comme unique, en raison du soin avec lequel il a été observé, et qui semble déposer en faveur d'un mode de contagion de la fièvre typhoïde, qui n'est guère admis jusqu'ici.

Un député arrive à Paris avec six enfants, de 2 à 14 ans, dans le courant de novembre. Le premier d'entre eux présente les symptômes d'une dothiénentérie le 20 du même mois. Un deuxième accuse le 23 de la fatigue; le 28 il est en pleine fièvre, et il succombe plus tard à des accidents de résorption putride par suite d'eschares étendues. Puis les autres enfants sont pris à leur tour, les débuts de leurs fièvres s'échelonnent successivement sur un intervalle de deux mois.

Or, l'opinion d'après laquelle la fièvre typhoïde ne serait contagieuse que par les déjections des typhoïsants, ne trouve guère sa place ici. La maison était neuve, il n'y avait jamais eu de cas de fièvres typhoïdes; aucun foyer d'infection n'y existe, les cabinets sont parfaitement installés et les matières vont directement à l'égout. L'eau vient des conduites de la Ville, et était filtrée. Dès le début de la maladie du premier enfant, les précautions de désinfection ont été minutieuses. Enfin on avait établi un isolement relatif des autres enfants, en ce sens qu'ils étaient relégués à l'étage supérieur, sauf aux heures des repas, où ils descendaient dans l'appartement et visitaient peut-être alors leurs frères ou sœurs malades.

Il existait, il est vrai, une condition prédisposante commune à tous ces enfants, c'est le non acclimatement.

M. Joffroy considère comme très rares les faits de contagion de la fièvre typhoïde.

M. Richard ne partage pas cet avis. Dans le grand hôpital de Munich, qu'il a visité, et où les typhoïsants sont traités dans un bâtiment spécial, parfaitement aménagé au point de vue de l'hygiène, le médecin en chef lui a dit que tous les infirmiers contractaient successivement la fièvre typhoïde et que lui-même n'y avait pas échappé.

M. Troisier demande si la durée de la période d'incubation a pu être déterminée dans les faits de M. Debove.

M. Debove pense qu'il est difficile de la préciser.

M. Hayem : Tout le monde admet la contagion de la fièvre typhoïde. Il s'agit seulement de savoir par quel mode elle est contagieuse. Dans le fait de M. Debove, ce qu'il y aurait de tout à fait inusité, c'est que la contagion se serait opérée par contage, à la façon de la scarlatine par exemple, c'est-à-dire par quelque chose qui, émané directement du corps de l'individu malade, va infecter directement l'individu sain, et non par l'intermédiaire d'un germe pathogène, obligé de subir une certaine évolution en dehors de l'organisme malade avant de germer de nouveau dans un autre terrain humain.

M. Kelsch rappelle le mémoire dans lequel M. Piedvache (de Dinan) a prouvé que la contagion de la fièvre typhoïde s'opère fréquemment dans les campagnes, les parents et les amis venant successivement contracter la maladie au contact du premier individu qui a apporté d'ailleurs avec lui le germe de la dothiénentérie.

M. Hayem croit que les modes de contagion peuvent se rapporter à trois ordres de faits : dans certaines maladies, la contagion s'opère par contact, inoculation (syphilis par exemple) ; dans d'autres, c'est par contage, pénétration directe dans l'organisme d'un produit émané de l'organisme malade (scarlatine, fièvres éruptives) ; enfin, dans une autre classe de maladies contagieuses, il semble que l'agent contagieux issu de

l'organisme malade doive subir une évolution intermédiaire dans un milieu particulier avant d'aller infecter les organismes sains (tel serait le cas du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique).

M. Debove : On peut dire encore qu'il y a deux ordres de contagion : médiate et immédiate. L'observation que j'apporte serait un fait de contagion immédiate, et contraire par conséquent à l'opinion des pathologistes qui croient, comme Liebermeister, que la fièvre typhoïde ne peut être contractée que lorsqu'un foyer infectieux typhogène s'est établi quelque part.

M. Beaumetz : Il faudrait que dans ce cas M. Debove pût démontrer qu'aucun contact des enfants sains avec les matières fécales des enfants malades n'a été possible, et on peut toujours émettre des doutes à cet égard.

M. Kelsch rappelle que, dans les faits de contagion cités par Piedvache, le temps qui s'écoulait entre l'arrivée du premier malade dans un village non infecté et la contamination de ses voisins était trop court pour laisser admettre la formation d'un foyer infectieux par l'infiltration des matières fécales dans le sol. D'ailleurs, la théorie de Pettenkofer sur les relations de la fièvre typhoïde avec la nappe d'eau souterraine n'est qu'une hypothèse.

M. Richard : Il faut s'expliquer sur ce qu'on peut entendre par un foyer typhogène. Lorsque des matières fécales de typhoïsants ont souillé des couvertures ou un parquet et que, desséchées en poussière, elles vont pénétrer par la respiration ou la déglutition chez des individus sains qu'elles infectent, on peut dire que ces couvertures ou ces parquets contaminés sont des foyers d'infection.

M. Hayem conclut que toutes les questions relatives à la contagion sont encore pleines d'obscurité et doivent être étudiées de nouveau à la lumière des connaissances microbiologiques.

M. Sevestre rappelle la diversité des modes de contagion dans des maladies qui semblent cependant se transmettre également par contage ; la rougeole est surtout contagieuse à la période d'invasion, de catarrhe oculo-nasal, tandis que la scarlatine l'est surtout à la période de desquamation. — P. L. G.

VARIÉTÉS

LE FUTUR DÉPÔT MORTUAIRE MUNICIPAL DE LA RUE BOLIVAR.

Après des vicissitudes nombreuses et un ballottage prolongé entre les divers conseils municipaux, le projet d'une maison mortuaire parisienne est venu dernièrement en discussion devant nos édiles. Cet édifice serait construit dans les terrains vagues de la rue Bolivar, et desservirait les XIXe et XXe arrondissements.

Il comprendrait un dépôt mortuaire et des chambres destinées à veiller les morts. On y accéderait par un vaste portique, sous lequel on exposerait les corps au moment de leur levée, et qui, il faut songer à tout, servirait de tribune aux orateurs habituels de ces cérémonies civiles. De là, on pénétrerait dans une rotonde largement ventilée par une cheminée centrale et destinée au poste de garde. Dix chambres mortuaires, servant à l'exposition des corps et s'ouvrant au pourtour de cette salle, permettront aux familles de les veiller jusqu'au moment du transport au cimetière. Jusqu'ici, les conseillers municipaux et l'administration étaient d'accord ; mais cette harmonie a disparu sur la question de savoir si une glace sans tain diviserait ou non chaque chambre en deux cellules : l'une d'exposition pour les corps, l'autre de séjour pour les parents. Dans l'esprit de ses inventeurs, cette disposition avait surtout pour objet de prévenir les dangers de contagion. C'est là une précaution que plusieurs conseillers municipaux regardent comme superflue ; les corps des individus atteints de maladies contagieuses ou épidémiques n'étant pas, après la mort, affirment-ils, une menace pour la santé de leur famille !

Soit. Sans entrer dans un débat plus municipal que scientifique, on se demande, ce me semble, si de tels arguments n'enlèveront pas de son urgence à l'édicule mortuaire?

Dans le futur règlement élaboré par l'Administration, le dépôt des corps pourra se faire avant la constatation du décès par le médecin de l'état civil On chargerait de ce soin un médecin spécial, attaché à la maison mortuaire, l'admission y étant obtenue sur le certificat du médecin traitant. Reste à savoir si cet établissement ainsi réglementé obtiendra auprès de la population parisienne le même succès que les maisons mortuaires déjà existantes dans les grandes villes de l'étranger. Plus tard, enfin, on complèterait cette installation par une usine à désinfection. Il eût été plus sage et plus immédiatement utile à nos concitoyens de mettre d'abord celle-ci à leur disposition, car il y a beau temps que l'urgence en est démontrée et demandée. — C. L. D.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 4 mars 1885, le comité consultatif du Service de santé militaire a été constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le médecin inspecteur général Didiot. — *Membres :* MM. les médecins inspecteurs Perrin, Colin, Gaujot; M. le pharmacien inspecteur Coulier. — *Secrétaire :* M. le médecin principal Chambé.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Société centrale :*

Monsieur et honoré confrère,

M. le docteur Roger, président actuel de l'Association générale des médecins de France, a été nommé à ce poste, pour la seconde fois, le 20 mars 1881; la durée de ces fonctions étant de cinq ans, elles vont bientôt prendre fin.

Le Conseil général de l'Association nous a fait savoir, par une circulaire du 12 janvier 1886, que la nouvelle élection présidentielle aurait lieu dans toute la France le 18 mars.

En conséquence, le scrutin sera ouvert, au siège de la Société centrale, rue d'Aumale, 7, le jeudi 18 mars 1886, de midi à cinq heures du soir.

Nous vous prions instamment, Monsieur et honoré confrère, de prendre part à cette élection. Nous vous rappelons, pour vous en faciliter le moyen, la clause suivante qui fait partie de l'art. 9 des statuts de l'Association : « Les membres qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance pourront prendre part au vote, en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au président de leur Société locale. »

Les bulletins devront être adressés à M. le docteur Lannelongue, président de la Société centrale, rue d'Aumale, 7, de manière à ce qu'ils soient distribués le 18 mars avant midi.

D'après l'art. 10 des statuts, le président en fonctions est toujours rééligible.

Le Président de la Société centrale,
LANNELONGUE.

Le Secrétaire de la commission administrative de la Société centrale,
G. PIOGEY.

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. F. Terrier : Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison. — III. Bibliothèque : La viruela en la America del Sud, y principalmente en la Republica argentina. — IV. Revue des Journaux : Sur un cas d'hystérectomie. — V. Sociétés médicales des départements : Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse (3e sem. 1885). — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de biologie. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Académie de médecine, 16 mars. — La question des ptomaïnes soulève de tels problèmes, qu'il lui est impossible de quitter la scène. Elle va rester, sans doute, à l'ordre du jour ou du moins reparaître sous des formes variées; elle est de celles qui ne s'épuisent pas en une discussion académique. Chacun, dès qu'elle a surgi, a voulu dire son mot; et chacun, aujourd'hui, de remonter à la tribune pour compléter son premier discours.

M. Le Fort discute à nouveau l'épidémie puerpérale dont il a raconté l'histoire, examine les opinions et appelle de nouvelles preuves à l'appui de la sienne; là où M. Peter invoque la spontanéité morbide, le savant chirurgien de Necker ne recule pas devant les hypothèses de la génération spontanée.

M. Villemin affirme, au contraire, dans un discours d'une grande fermeté, rempli d'expressions heureuses et unanimement applaudi, l'étiologie parasitaire spécifique.

— La campagne contre l'inspectorat des eaux minérales est menée avec vigueur. Déjà une commission extra-parlementaire, nommée par le ministre du commerce, avait conclu à sa suppression. Aujourd'hui nous apprenons que les médecins consultants des stations thermales, au nombre de deux cent cinquante, ont nommé un comité chargé de poursuivre auprès du ministre la réalisation de leurs vœux. M. Lockroy a reçu le Comité, présenté par M. le sénateur Mazeau, et lui a fait, paraît-il, une réponse pleine de promesses.

Nous qui sommes spectateurs désintéressés, sinon indifférents, et qui dirions volontiers que les médecins consultants ont raison d'attaquer les inspecteurs, mais que ceux-ci n'ont pas tort de se défendre, nous ne pouvons assister aux luttes de nos confrères sans nous rappeler un fait que nous contait récemment un médecin fort distingué d'une de nos premières stations thermales. Il dînait chez un ami commun avec le ministre d'alors, et son amphitryon le signala comme un adversaire acharné des inspecteurs. En vain voulut-il profiter de la circonstance pour plaider sa cause favorite, le ministre l'interrompit : « Ah! Monsieur, demandez-nous la place! demandez-nous-la, je vous en supplie, nous vous la donnerons; mais ne nous demandez pas de la supprimer! » — L.-G. R.

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

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison.

Observation recueillie par M. Jeanselme, interne du service.

La nommée Lebrun (Catherine), âgée de 42 ans, entre le 7 mars 1884, salle Chassaignac, lit n° 19.

Cette femme, qui est adressée à M. Terrier par le docteur Loiseaux (de Péronne), a été réglée pour la première fois à 16 ans et n'a jamais présenté de troubles de la menstruation jusqu'au moment où elle s'est mariée, à 19 ans. Elle a eu trois enfants venus à terme, puis a fait une fausse couche de quatre mois à l'âge de 24 ans.

Jusqu'au début de l'affection qui l'amène à l'hôpital, cette femme n'a jamais présenté d'affections utérines ou abdominales et la recherche de ses antécédents héréditaires n'offre rien à signaler.

Le début du mal remonte à deux ans environ. Vers cette époque, les règles, habituellement abondantes, se transformèrent peu à peu en ménorrhagies; cet état alla s'aggravant toujours, et, depuis un an, la malade a des pertes extrêmement nombreuses, séparées par de courtes périodes pendant lesquelles persiste un suintement sanguin.

L'état général s'est bien maintenu, malgré ces pertes, jusqu'en octobre 1883; mais, depuis cette date, la malade maigrit et perd ses forces. C'est en effet, à cette époque, qu'ont apparu les troubles digestifs; l'appétit a diminué, les digestions sont devenues laborieuses, les vomissements glaireux, bilieux ou alimentaires se sont fréquemment répétés.

La malade s'aperçoit depuis un an que son ventre augmente de volume; elle sentit d'abord une masse dure siégeant à cheval sur les régions ombilicale et du flanc gauche; puis une tumeur grosse comme un œuf, indolente et mobile, située sous le rebord cartilagineux des côtes droites. Le ventre n'a jamais été douloureux; il est surtout lourd et gênant, il cause une dyspnée qui force souvent la malade à se lever la nuit. Il n'y a jamais eu de troubles de la miction, ni de la défécation.

Le ventre, très volumineux, figure un ovoïde dont la petite extrémité surplombe le pénil, la racine des cuisses et regarde directement en bas. La grosse extrémité déborde la base du thorax; elle diminue le creux épigastrique, efface les dépressions sous-costales et tranforme en saillie les échancrures costo-iliaques, surtout la droite, aussi le ventre est-il légèrement asymétrique. La circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, mesure 113 centimètres; il y a 26 centimètres de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 21 centimètres de l'ombilic au pubis, 27 centimètres de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 28 centimètres de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

La peau est saine, non distendue, parcourue dans toute l'étendue de l'abdomen par des veines sinueuses; on remarque de fines varicosités cutanées dans la partie supérieure et droite de l'abdomen. De nombreuses vergetures sillonnent la région sous-ombilicale. L'ombilic est un peu déplissé, il est rejeté en bas.

Le ventre est tendu, peu dépressible, la palpation permet cependant de constater une résistance plus considérable dans la fosse iliaque gauche et dans le flanc droit. Il n'y a pas d'ascite.

La matité occupe tout l'abdomen, à l'exception de la partie supérieure de l'épigastre, de l'hypochondre et du flanc gauches. En haut et à droite, la matité de la tumeur se confond avec la matité hépatique, la sonorité ne reparaît que dans la partie la plus reculée du flanc droit.

L'utérus est extrêmement élevé, le col regarde la concavité du sacrum, le corps est attiré en avant par la tumeur; les culs-de-sac sont libres.

Les membres inférieurs se sont ni œdématiés ni douloureux.

Depuis le 7 mars, jour de l'entrée à l'hôpital, jusqu'au 25 mars, jour de l'opération, la malade a perdu un peu de sang par la vulve à deux reprises différentes.

La température est habituellement au-dessous de 38°; mais, tous les quatre ou cinq jours, survient une poussée fébrile dépassant quelquefois 39° et s'accompagnant de douleurs et de vomissements.

La quantité des urines est normale; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Une ponction, faite le 14 mars, un peu au-dessous de l'ombilic, donne issue à un litre et demi d'un liquide rappelant, par sa couleur et sa consistance, la solution de silicate de potasse.

Opération le 25 mars 1884, avec l'aide de MM. Périer et Berger. Absence complète de

période d'excitation pendant la chloroformisation faite par M. Jeanselme, interne du service.

Incision sous-ombilicale qui permet d'arriver vite dans la cavité péritonéale, d'où sort un peu d'ascite. Le péritoine, largement ouvert avec des ciseaux mousses, on découvre un kyste multiloculaire à parois résistantes. Une première ponction ne donne que quelques gouttes de liquide très filant; une deuxième ponction, une certaine quantité de liquide citrin.

L'incision abdominale est agrandie directement en haut en passant par l'ombilic, et on fait une troisième ponction qui vide une poche renfermant environ un demi litre de liquide. En fait, il est impossible de vider le kyste, vu ses poches multiples et à contenu gélatineux, aussi prend-t-on le parti de l'inciser avec des ciseaux. Deux sinus sanguins, qui fournissent du sang, sont obturés avec des pinces à kystes. La main, introduite dans la tumeur, en déchire les loges, et le liquide filant s'écoule en dehors. Malgré tout, pour faire sortir la tumeur, il faut encore agrandir l'ouverture abdominale jusqu'à moitié de l'ombilic à l'appendice xyphoïde.

La tumeur est alors dégagée à droite, le pédicule étant à gauche. Ce pédicule saisi entre des pinces courbes est très large et est sectionné. On sectionne, en outre, une bride épiploïque et une bride qui paraît être due à une adhérence de la trompe droite à la masse polykystique. Enfin, il faut dissocier des adhérences entre le kyste, le cul-de-sac recto-utérin et la vessie. Ces adhérences, qui saignent, nécessitent l'application de trois à quatre pinces hémostatiques. On peut enfin enlever la masse polykystique.

L'ovaire droit est sain; nous avons dit que la trompe de ce côté adhérait au kyste. Ligature des deux brides signalées plus haut avec du catgut; trois ligatures de soie et en chaîne sont faites sur le pédicule. Une mince bride péritonéale est déchirée; enfin, trois à quatre ligatures au catgut sont placées sur les adhérences saignantes du cul-de-sac utéro-rectal. Toilette péritonéale, suture de la paroi avec dix fils profonds et trois superficiels. Lister complet. L'opération a duré cinquante minutes.

Le 25 mars. — Soir : La malade va bien, elle a ressenti seulement quelques douleurs dans le ventre. Une demi-piqûre de morphine en deux fois. Temp. 38°3. Champagne, glace, rhum, eau de Seltz.

Le 26. — Matin : La malade a vomi deux fois dans la nuit; une piqûre en deux fois. Temp. 38°5, pouls 108, resp. 28. — Soir : Etat nauséeux permanent; un vomissement. Une piqûre. Temp. 38°7, pouls 112, resp. 20.

Le 27. — Matin : Quelques vomissements. Temp. 37°7, pouls 118, resp. 22. — Soir : Quelques vomissements; sensation de brûlure à l'épigastre. La malade a expulsé des gaz à l'aide d'une sonde molle introduite dans l'anus. Temp. 38°8, pouls 116, resp. 18.

Le 28. — Matin : Une selle bilieuse cette nuit; grand soulagement depuis cette évacuation. Temp. 37°3, pouls 104, resp. 22. — Soir : Temp. 37°7, pouls 104, resp. 20.

Le 29. — Matin : Premier pansement; six points de suture sont enlevés, dont deux superficiels; la réunion par première intention est parfaite; pas une goutte de pus. Temp. 37°3, pouls 88, resp. 14. — Soir : La malade prend un potage avec plaisir. Temp. 37°6, pouls 100, resp. 16.

Le 30. — Matin : Une selle très abondante. Temp. 37°, pouls 100, resp. 20. — Soir : Deux selles diarrhéiques. La malade est transportée dans la salle commune.

Le 31. — Matin : Deuxième pansement; les sept derniers fils sont enlevés. — Soir : Malaise général, vomissements, diarrhée. Temp. 39°.

Le 1er avril. — Matin : Temp. 38°1. — Soir : Temp. 38°7.

Le 2. — Matin : Temp. 38°. La diarrhée cesse. Depuis ce jour, 60 grammes de viande crue, tous les jours.

La malade quitte l'hôpital le 1er mai; elle ressent assez souvent encore des douleurs dans le bas-ventre, les reins et la racine des cuisses, et la température atteint assez souvent 39° le soir.

Le 31 janvier 1885. — J'ai reçu, par l'intermédiaire de mon confrère le docteur Loiseaux, des nouvelles de Mme B... Les règles revinrent le 16 mai 1884; depuis, elles apparaissent tous les vingt-huit jours. En septembre seulement, elle les vit deux fois dans le mois, mais la malade s'était fatiguée à soigner un enfant. L'écoulement sanguin est

abondant, comme cela arrivait avant l'opération; parfois, il y a des flueurs blanches. L'embonpoint est très accusé, surtout depuis le mois d'octobre dernier; le ventre paraît asymétrique et plus volumineux à droite. La cicatrice de l'opération est linéaire et mesure 25 centimètres, dont 12 1/2 au-dessus et 12 1/2 au-dessous de l'ombilic. Il n'y a pas d'éventration, bien que la ceinture abdominale ait été supprimée.

La tumeur enlevée était un kyste multiloculaire type, à très petites alvéoles et à contenu gélatineux. Il pesait 10 kilogrammes; ce qui, réuni aux deux litres de liquide recueillis pendant l'opération, donne un poids total de 12 kilogrammes.

Les seuls points à noter dans cette observation sont : 1° d'une part, l'existence de ménorrhagies abondantes, phénomènes tout à fait exceptionnels dans les kystes ovariques; 2° d'autre part, la nécessité où l'on fut d'ouvrir largement l'abdomen, puis le kyste et d'en déchirer les loges pour diminuer le volume de la tumeur et faciliter son extraction ; enfin, 3° les accidents fébriles prolongés présentés par la malade, accidents qu'on peut expliquer par de l'entérite et de la péritonite adhésive.

BIBLIOTHÈQUE

La viruela en la America del Sud, y principalmente en la Republica argentina (La variole dans l'Amérique du Sud, et principalement dans la République argentine), par M. le docteur José Penna. — Buenos-Ayres; Lajouane, 1885.

Le livre de notre savant confrère argentin est certainement l'une des œuvres les plus considérables de la littérature médicale américaine contemporaine. Histoire, statistique, pathologie et prophylaxie! M. Penna a étudié avec soin toutes les faces de cette vaste question. Il méritait donc bien les lauriers académiques et la grande médaille d'or du concours national de médecine, que le Cercle médical argentin lui a décernés.

C'est que, de toutes les maladies éruptives, la variole est celle qui fait les ravages les plus cruels parmi les populations de l'Amérique méridionale. Le coefficient de la mortalité de la phthisie dépasse seul la mortalité variole. Il s'élève à 6,74 pour 100; celui de la variole, à 6,52 pour 100; tandis que le coefficient de la fièvre typhoïde n'excède pas 1,84, et celui de la diphthérie, 1,75.

Les premières épidémies datent de la fin du xve siècle, époque de son importation sur le Nouveau Continent. M. Penna a voulu fixer ses origines et interroger les archives officielles depuis les premiers temps de la conquête. Ce chapitre de patiente érudition renferme des documents peu connus sur les mœurs médicales des peuplades aborigènes et sur leurs chapodores ou zayodores.

M. Penna invoque le témoignage de la tradition, celui des missionnaires et les chroniques locales. Avec Guavero, il rappelle que les Indiens, dont la crédulité attribuait toutes les maladies aux maléfices de Ayocuo, génie supérieur et malfaisant, accusaient les conquérants espagnols de l'importation de la variole. Un esclave transporta la redoutable maladie dans la Nouvelle Espagne. De là, elle se propagea avec rapidité dans les divers pays de l'Amérique méridionale et tua, en onze ans, 800,000 individus dans une population de 2,000,000 d'habitants.

La clinique, les complications, les formes, les épidémies et la prophylaxie de la variole ne sont pas étudiées avec moins de soin. M. Penna examine les conditions d'hospitalisation des varioleux, la désinfection des locaux qu'ils occupent, et enfin les meilleurs moyens prophylactiques pour en restreindre les ravages et en prévenir l'extension.

Ce fut seulement en 1803 que la vaccine fut importée à Buenos-Ayres par des nègres embarqués à Rio-Janeiro sur la frégate *Rosa del Rio*.

Comme moyen médicamenteux, M. Penna recommande le traitement par l'essence de térébenthine. Il compte beaucoup sur les vertus parasiticides de ce médicament et, à l'appui de son affirmation, publie des observations qui font honneur à sa haute saga-

cité clinique. On le voit, l'ouvrage de notre confrère argentin est complet à tous points de vue et méritait bien la haute récompense dont il a été l'objet. Il ne contribuera pas peu, je n'en doute pas, à augmenter la bonne réputation de l'école médicale de Buenos-Ayres, et, pour notre part, nous sommes de ceux qui applaudissent avec sympathie à de tels succès et à de tels chefs-d'œuvre. Ce sont là des témoignages de l'esprit scientifique de nos confrères argentins, parmi lesquels la médecine française possède des amis et où le renom de notre pays est toujours en honneur. — Ch. Éloy.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas d'hystérectomie, par Lawson Tait. — Le célèbre opérateur anglais Lawson Tait a récemment publié l'histoire d'un cas d'hystérectomie dont la production ici n'est pas sans intérêt, car c'est un des exemples encore assez rares de ces cas dans lesquels la castration complète n'a pas été suivie de la suspension des hémorrhagies pour lesquelles l'opération fut pratiquée, non plus que de l'arrêt de développement de la tumeur.

La dame A. P..., âgée de 40 ans, fut confiée aux bons soins du docteur Lawson Tait par le docteur Lycett (de Wolverhampton), au mois de janvier 1882.

Elle présentait un large myome qui se compliquait d'hémorrhagies persistantes. Lawson Tait proposa la castration et procéda à l'opération le 14 janvier 1882. Il enleva la trompe et l'ovaire gauches, complètement, du moins en apparence; quant aux appendices du côté droit, malgré que l'opérateur ait prolongé son incision jusqu'à lui donner une dimension inusitée de 11 inch 1/2 (0,35), et qu'il ait été jusqu'à attirer complètement l'organe hors de l'abdomen, il lui fut totalement impossible d'en trouver la moindre trace. Sur ce, l'utérus fut réintégré dans la cavité abdominale, la plaie fermée, et la malade guérit avec une merveilleuse facilité. Mais, ni les hémorrhagies ni le développement progressif de la tumeur ne furent influencés de la moindre façon par l'opération.

En mars 1884, la malade rentra dans le service pour qu'on pratiquât l'hystérectomie. La tumeur avait triplé de volume sur ce qu'elle était en 1882, et la malade était, comme bien on pense, dans un état de débilité et d'anémie excessif.

Le 25 mars, l'abdomen fut ouvert, mais une hémorrhagie survint, et si formidable, par suite des adhérences qu'il fallait rompre, que Lawson Tait préféra renoncer à l'opération et referma la plaie. La malade guérit de nouveau, et réintégra son domicile au bout de la troisième semaine, n'ayant d'autre perspective légitime que celle d'une mort rapide et inéluctable. C'était alors le treizième cas de ces myomes inopérables dont Lawson Tait avait entretenu la Société britannique de gynécologie quelque temps auparavant. Le seul intérêt que la patiente pût désormais offrir à l'opérateur était l'attente des résultats de l'autopsie qui permit de découvrir, si possible, pourquoi la première opération était restée infructueuse.

L'un des premiers jours du mois d'août, le docteur Lawson Tait se trouvant amené à Wolverhampton, alla voir ce qui était advenu de son ex-malade. Quelle ne fut pas sa surprise de la trouver encore vivante, capable encore de faire un certain degré de toilette et de se promener avec le sang continuant à couler et une tumeur dans le ventre qui ne s'était améliorée en rien.

La tumeur avait grossi au point d'occuper maintenant tout l'abdomen et de gêner considérablement la respiration. La malade était très amaigrie et d'une pâleur livide. Mais sous sa frêle apparence se cache un tempérament de fer, et quand l'auteur lui proposa de tenter de nouveau l'opération pour enlever sa tumeur, en lui expliquant que cette fois, coûte que coûte, il irait jusqu'au bout, la malade adhéra sans hésiter à la proposition. Donc, le 5 septembre, avec l'assistance du docteur J.-W. Taylor, Lawson Tait réussit à enlever une tumeur pesant environ 40 livres. Les adhérences siégeaient toutes en avant de la tumeur, sur la ligne médiane, le long de l'ancienne incision. Comme l'avait longtemps soupçonné l'opérateur, la tumeur appartenait à cette variété de myomes mous œdémateux occupant la paroi antérieure de l'utérus, dont la

cavité s'ouvrait derrière la tumeur et mesurait à la base 9 inch de longueur et 3 inch 1/2 de largeur. Après son ablation, la tumeur laissa exsuder environ trois quarts de de litre sérum dans l'espace de quelques heures. Le pédicule, qui était très large, fut cependant facilement saisi et fixé par un clamp. La malade guérit rapidement et sans incident.

Un examen attentif et approfondi de la tumeur fait par Lawson Tait et par Taylor révéla ce qui suit : Il n'existait aucune trace d'orifice tubaire à l'angle supérieur droit de l'utérus et il n'y avait pas de vestige de trompe ni d'ovaire de ce côté. A l'angle supérieur gauche, l'ouverture tubaire était assez large pour laisser passer un cathéter n° 5, et il restait plus de 2 inch 1/2 de trompe qui n'avaient pas été enlevés lors de la première opération. On ne pouvait découvrir aucune trace d'ovaire gauche. Cette glande, enlevée le 4 janvier 1882, avait heureusement été conservée depuis la première opération, et, en la réexaminant à cette occasion, on put constater que l'extrémité externe de la trompe de Fallope avait été enlevée avec l'ovaire auquel elle adhérait; cette partie ne mesurait guère que 1 inch de longueur.

La persistance des hémorrhagies et du développement de la tumeur paraissent dès lors attribuables, pour l'auteur, à l'ablation incomplète de la trompe gauche, la seule que la malade possédât et non, comme il l'avait jusqu'ici avancé, à la nature de la tumeur par elle-même. A peine est-il besoin d'ajouter que cette opération prouve péremptoirement que ce n'est point à l'enlèvement des ovaires qu'il faut attribuer les beaux résultats obtenus dans ces myomes hémorrhagiques. Ce qui le prouve, c'est, comme l'a souvent annoncé l'auteur, que, dans bon nombre de cas, il a de propos délibéré laissé les ovaires intacts, et les résultats n'en ont pas moins été absolument satisfaisants. Dans le cas présent, au contraire, les ovaires ont été enlevés complètement et l'opération s'est montrée infructueuse. (*A case of hysterectomy in which removal of the appendages had failed to arrest the hæmorrhage or growth of the tumour. — The Brit. med. Journal,* 3 octobre 1885.) — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE 1885.

La lecture sur la *déchirure traumatique* du sein, que M. Rippoll a fait entendre aux membres de la savante Société toulousaine, dépasse en portée la valeur d'une simple observation. La cause de ce traumatisme était un effort musculaire dans l'exercice de la boxe. Il eut pour conséquence immédiate une abondante hémorrhagie que notre confrère arrêta, avec succès d'ailleurs, par l'administration du jus de citron à l'intérieur. Il redoutait, en effet, l'action de l'ergotine et des autres hémostatiques habituellement employés. Depuis sa guérison, ce malade n'a présenté aucun symptôme d'albuminurie, ni aucun signe d'affection calculeuse, contrairement aux faits qui ont déjà été observés dans les mêmes circonstances.

La comunication présentée par M. Bezy, sous le titre de *Réflexions sur un cas de fièvre typhoïde,* a pour but de confirmer une théorie pathogénique dont il est l'avocat, et d'après laquelle la fièvre typhoïde posséderait son siège anatomique dans un ou plusieurs des organes lymphatiques. Il en trouve la vérification nouvelle dans ce fait que les seules lésions anatomiques du malade consistaient dans l'inflammation des plaques de Payer et des amygdales, tous organes à vésicules closes. Parti de là, M. Bezy n'a point de peine à réfuter les vertus antizymasiques auxquelles M. Pécholier en appelle pour combattre la fièvre typhoïde, et à demander une nomenclature nouvelle de la fièvre typhoïde, dont le nom a été déjà si souvent changé. Il est à penser que ce désir ne sera pas réalisé et que la fièvre typhoïde n'échangera pas son nom pour celui de maladie ou de fièvre lymphatique.

Les observations d'*empoisonnement par la strychnine* sont relativement peu nombreuses, d'autant plus que, dans le cas actuel, le malade de M. Peyreyne guérit rapide-

ment malgré la dose élevée du poison. Dans l'espèce, cette guérison résulte de la rapidité de l'intervention et de l'emploi combiné du tartre stibié pour exonérer l'estomac et du tannin pour neutraliser l'alcaloïde.

C'est encore une communication de réel intérêt que les *deux cas de syphilis cérébrale précoce*, si bien étudiés par M. Jongla. L'un d'eux surtout confirme les travaux de M. Fournier par l'existence, malgré la précocité de la syphilis, de lésions de deux ordres : les unes spécifiques (ostéite du rocher; paralysies et céphalées); les autres vulgaires (endartérite oblitérante du tronc basilaire). L'opinion et les remarques de notre savant confrère toulousain augmenteront, à coup sûr, la haute valeur de ces enseignements devenus classiques dans la pathologie de la syphilis des centres nerveux.

Pour terminer, voici une note de M. Timbal-Lagrave sur le mémoire où M. Mordagne a étudié l'*adonis vernalis* au point de vue chimique et botanique. Ce travail vient à propos au moment où, comme on l'a vu dernièrement par les observations que M. H. Huchard publiait ici même, cette plante prend une honorable place dans la médication des cardiopathies. — C. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Hanot, pour la section d'anatomie pathologique;

2° Un rapport de M. le docteur Legagneur, médecin aide-major, sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées à la fin de 1885.

3° Un mémoire de M. le docteur Coiffier (du Puy), intitulé : *Essai d'aspiration et d'analyse chimique des gaz intestinaux.* (Comm. : MM. Armand Gautier et Villemin.

4° Une note de M. Blanc, intitulée : *Observations météorologiques faites à l'Observatoire du Mont-Ventoux (Vaucluse) pendant l'hiver de* 1885-1886.

M. Lannelongue offre en hommage un volume intitulé : *Leçons sur la coxo-tuberculose* recueillies par M. le docteur Ménard, chef de clinique de la Faculté.

M. Alfred Fournier présente : 1° au nom de M. le docteur Léon Perrin, une brochure intitulée : *De la sarcomatose cutanée;* — 2° au nom de MM. Diday et Doyon, une brochure intitulée : *Des herpès génitaux.*

M. J. Rochard présente, de la part de M. le docteur Lagout (d'Aigueperse), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un travail intitulé : *Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie.*

M. Riche présente, de la part de M. Balland, médecin-major, trois travaux sur le blé et la farine.

M. Proust présente : 1° de la part de M. le docteur Isoard, médecin-inspecteur aux eaux d'Allevard, une *Notice sur un sulfhydromètre servant à régler la durée du séjour dans les salles d'inhalation;* — 2° de la part de M. le docteur Magnan : 1° un volume intitulé : *Recherches sur les centres nerveux, pathologie et physiologie pathologique de l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement;* 2° l'exposé des titres scientifiques de M. Magnan à l'appui de sa candidature à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

M. Maurice Perrin présente, de la part de M. Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, un travail intitulé : *Statistique du service d'ophthalmologie à l'hôpital militaire et à l'Ecole du Val-de-Grâce et des examens de la vision pratiqués depuis 1882.*

M. Dujardin-Beaumetz présente deux mémoires : l'un de M. Aubert, médecin-major de 1re classe, intitulé : *Nouvelles expériences sur la désinfection des habitations privées et*

publiques; — l'autre, de M. Couedaria, relatif à un cas de diphthérie grave traité avec succès par des vaporisations de cubèbe.

— M. LE PRÉSIDENT, au nom du conseil d'administration, propose à l'Académie de participer pour une somme de dix mille francs à la souscription de l'Institut Pasteur. Cette proposition est votée à la presque unanimité des membres présents.

— M. CHARPENTIER lit un rapport sur un travail de M. le docteur Genot, relatif à trois cas de grossesse triple. Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

— M. Léon LE FORT a la parole pour la continuation de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

Suivant l'orateur, le débat entre ses collègues et lui porte principalement sur un point qui soulève un des plus graves et des plus difficiles problèmes de pathologie générale et de clinique. Le germe contage, le microbe, peut-il, en dehors de toute contagion possible, et sous certaines influences pathologiques, se former *primitivement* chez un malade par un phénomène d'intériorité, comme il le prétend; ou bien, comme le soutiennent MM. Verneuil, Charpentier, Guéniot et, avec eux, le plus grand nombre des chirurgiens et des accoucheurs, provient-il toujours de l'extérieur, apporté par l'air qui, d'après les expressions mêmes de M. Guéniot « entraîne jusqu'à des distances incroyables ces germes plus légers que le pollen des fleurs? » Telle est la question en litige.

M. Le Fort soutient avec énergie que l'air qui renferme tant de germes divers n'est pas le véhicule des germes ou, si l'on veut, des microbes de l'infection purulente chirurgicale. Suivant lui, les faits cliniques les plus démonstratifs prouvent qu'ils n'y existent pas; il soutient que, même dans les salles de nos hôpitaux, l'air ne renferme pas les germes spéciaux de l'infection purulente; il soutient que cet air, qui ne transmet même par la contagion, ne saurait faire naître les cas primitifs d'infection. Il montre que Rose (de Zurich), en ne prenant aucune des précautions de la méthode antiseptique, en laissant les plaies des amputés exposées à l'air, perdait moins de malades que les chirurgiens qui pratiquaient le pansement antiseptique suivant toutes les rigueurs de la méthode. La même expérience, faite par M. Le Fort, à Beaujon et à l'Hôtel-Dieu, a donné les mêmes résultats; ses amputés, dont les plaies avaient été exposées à l'air, ont parfaitement guéri.

A l'égard de la petite épidémie de fièvre puerpérale développée dans un petit chef-lieu de canton exempt de toute affection de ce genre, M. Le Fort ne saurait admettre l'explication d'un microbe latent, donnée par M. Verneuil. La première malade, qui avait une fistule à la cuisse depuis dix-huit mois, aurait eu, d'après M. Verneuil, le microbe de la fièvre puerpérale caché dans le pus de la fistule. Mais, dit M. Le Fort, d'où viennent ces microbes? Il lui paraît bien extraordinaire que tous les microbes de la ville se fussent momentanément logés dans la cuisse de la malade; s'il y en avait d'autres, errants par le village, pourquoi ceux-ci n'ont-il pas, pendant ces dix-huit mois, profité de leur liberté pour donner la fièvre puerpérale aux femmes qui ont accouché si heureusement pendant cette période?

Et d'ailleurs, de quelle nature étaient ces microbes logés dans la fistule? Etaient-ils de ceux que l'on trouve dans les suppurations ordinaires, ou bien étaient-ils les microbes spéciaux de la fièvre puerpérale? Il faut faire un choix entre ces deux hypothèses; la dernière lui paraît difficilement acceptable, car on ne voit pas bien comment les microbes de la fièvre puerpérale auraient existé dans la fistule neuf mois avant le début de la grossesse, dix-huit mois avant l'accouchement.

Suivant M. Le Fort, les microbes de la fistule avaient dû nécessairement changer de nature, pour produire l'infection puerpérale, et ce changement de nature ruine la théorie de ses adversaires. Il est certain que le microscope ne nous révèle guère de différence entre le microbe de la suppuration et celui de l'infection purulente. Mais les chirurgiens qui font tous les jours de nombreux pansements dans les hôpitaux ne produisent pas chaque jour des infections purulentes, et cela par la raison que si elles renferment le germe septique de la suppuration, elles ne renferment pas le germe-contage, le microbe de l'infection purulente. Au contraire, qu'un cas d'infection purulente se déve-

©BIU Santé

loppe primitivement dans les salles, alors la scène change, les doigts, les instruments des chirurgiens se chargent du germe mortel et le transportent, malgré les plus minutieuses précautions.

M. Léon Le Fort accepte la génération spontanée, la création par l'organisme du poison, du virus, comme on voudra l'appeler, de l'infection purulente, et, quoi qu'on l'ait dit, en soutenant ces idées, il ne croit pas être un rétrograde tentant de réhabiliter la plus surannée des doctrines médicales, celle de la spontanéité de maladies virulentes et contagieuses.

M. Villemin pense que M. Peter a outrepassé de beaucoup la pensée de M. Gautier, dans le rôle attribué aux leucomaïnes. Non content d'admettre la spontanéité des maladies banales non transmissibles, M. Peter admet que l'organisme fabrique spontanément des contages et des virus, comme il fabrique des leucomaïnes, de l'urée, des acides biliaires, de la créatine, etc. Il s'arrête avec complaisance sur ce qu'il appelle la *série typhique* qui semble lui fournir ses principaux arguments en faveur de la spontanéité, tout en lui permettant d'adapter à la clinique la découverte des leucomaïnes de M. Gautier.

Un individu placé dans des conditions spéciales fabrique *proprio motu* une leucomaïne qui traduit ses effets par les symptômes et les lésions de la fièvre typhoïde, effets proportionnés dans leur intensité à la quantité du toxique fabriqué, c'est l'*auto-typhisation*.

L'*utéro-typhisation* est plus difficile à expliquer, car on ignore si la ptomaïne de M. Gautier est volatile, ce qu'il faudrait établir pour admettre son passage d'un organisme dans un autre.

Ce qui est plus inexplicable encore, suivant M. Villemin, c'est le temps que met le poison ainsi absorbé à produire ses effets, ce que ne comporte pas la marche d'un empoisonnement, et ce qui reste inexplicable sans l'admission de la spécificité étiologique et des germes vivants.

Parmi ces derniers, il y en a de plus ou moins vivaces ; on les rend même plus ou moins vivaces, car on ne peut plus nier les virus atténués ou renforcés.

Il y a des terrains organiques plus ou moins propices, comme des milieux artificiels de culture plus ou moins favorables ; et les degrés infinis de ces deux échelles se combinent de cent façons en diversifiant la maladie de mille manières.

Les virus et les contages s'introduisent dans les organismes en quantité infinitésimale, ils s'y développent par multiplication. Ce n'est qu'après un temps variable, suivant l'espèce, que les premiers germes ont formé des colonies, suffisants pour provoquer une réaction des organes et des tissus, ou pour créer des produits infectieux (ptomaïnes, leucomaïnes ou autres), susceptibles d'intoxiquer l'économie. Aussi entre le moment de la contamination et celui de la manifestation de la maladie, il y a un temps proprement appelé *incubation* qui ne saurait s'expliquer avec la contagion par un produit non organisé, comme une leucomaïne.

Rien dans les applications de la bactériologie à la pathologie, n'est, suivant M. Villemin, en contradiction avec la médecine traditionnelle. La doctrine parasitaire ne repousse aucune des données étiologiques de l'ancienne médecine, elle ne fait que les compléter. Elle invoque la misère, la fatigue, la dépression par le froid et les maladies antérieures, la diminution de la résistance des organes, etc. Mais, comme cause adjuvante préparant le théâtre du mal, elle ajoute un élément de plus, élément capital, nécessaire, à savoir : *un agent déterminateur spécifique de nature animée*.

Prenant pour exemple la pneumonie invoquée par M. Peter, M. Villemin montre que le froid, admis comme cause, ne rend compte que du quart des cas. Une part prépondérante revient à l'usure, à la débilitation de l'organisme, à la dépression des forces vitales. Le froid n'agit pas en tant que froid, mais en produisant une dépression de la résistance vitale. Vienne ensuite le déterminateur spécifique sur ce terrain préparé à le recevoir, et la maladie éclate.

En résumé, la thèse de la spontanéité morbide, soutenue avec un grand talent par M. Peter, ne saurait conduire, suivant M. Villemin, à des résultats pratiques. Avec elle

la médecine, la chirurgie et l'obstétrique en seraient encore où elle en étaient il y a vingt ou trente ans. La plupart des grands blessés et des femmes grosses n'entraient aux hôpitaux que pour y mourir. La doctrine microbienne a tout changé. Elle a accompli des miracles, elle en accomplit tous les jours dans les hôpitaux, dans le laboratoire de la rue d'Ulm, dans nos demeures privées. M. Villemin est convaincu qu'en échange de tous ces bienfaits, M. Peter ne voudrait pas, s'il le pouvait, refaire le passé, détrôner la doctrine parasitaire et rétablir le règne de la doctrine si chère à son cœur. (Applaudissements.)

— M. Auguste Ollivier, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail sur la scarlatine dans les hôpitaux d'enfants de Paris. Il signale un certain nombre d'épidémies dans ceux-ci, montre l'insuffisance des mesures hygiéniques adoptées et demande l'isolement complet des malades.

Le travail est renvoyé à la section d'hygiène.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(*Extrait des comptes rendus*).

Atrophie musculaire d'origine cérébrale, avec intégrité des cornes antérieures de la moelle et des nerfs moteurs, par M. Babinski, chef de clinique de la Faculté. — On sait que, dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, il se développe parfois une atrophie des muscles du côté paralysé.

M. Cornil (1) a étudié l'état des nerfs dans des cas de ce genre recueillis dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, et a constaté que le tissu conjonctif des nerfs était très épaissi et les fibres nerveuses intactes.

M. Charcot a le premier étudié l'état des cornes antérieures dans des cas semblables, et a observé l'atrophie des cellules nerveuses dans les régions qui correspondent aux muscles atrophiés; cette atrophie paraît être la conséquence de la propagation aux cornes antérieures du travail inflammatoire des cordons latéraux qui sont atteints de dégénération secondaire. Plusieurs observations pareilles, en particulier celles de M. Brissaud (2), ont été publiées depuis, et il est généralement admis que l'atrophie musculaire consécutive à une lésion cérébrale est toujours précédée d'une altération organique des cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle.

M. Babinski vient d'observer à la Salpêtrière, dans le service de son maître, M. Charcot, un cas d'hémiplégie avec atrophie musculaire qui lui semble démontrer que la proposition précédente est trop absolue. — Voici le résumé de cette observation :

Une femme âgée de 70 ans est atteinte d'une hémiplégie droite totale (membres inférieur et supérieur, et face) sans hémianesthésie, avec contracture et atrophie musculaire prononcée; la circonférence de l'avant-bras, au-dessous du coude, est de 19 centimètres à droite et de 20 1/2 à gauche; celle du bras, à 8 centimètres au-dessus de l'olécrâne, est de 16 centimètres à droite et de 18 à gauche; la plus grande circonférence de la jambe est de 24 centimètres à droite et de 25 à gauche. L'atrophie est surtout prononcée dans les régions thénar et hypothénar; ces éminences sont tout à fait aplaties; c'est la main du singe. La malade meurt huit mois après le début de sa paralysie, après être restée tout ce temps confinée au lit.

Les résultats de l'autopsie sont les suivants : *Dans le centre ovale de l'hémisphère cérébral gauche*, sur le trajet des fibres qui viennent de la région psycho-motrice, existe un petit foyer de ramollissement. Dans *la moelle*, examinée après durcissement dans le liquide de Müller et sur des coupes colorées, les unes au picro carmin, les autres par la méthode de M. Weigert, on constate une dégénération descendante très nette qui occupe *le faisceau pyramidal croisé* à droite, et *le faisceau pyramidal direct* à gauche.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1864.

(2) *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879. (Thèse de Paris, 1880.)

©BIU Santé

Les cornes antérieures ne présentent aucune lésion appréciable; les cellules nerveuses offrent le même aspect des deux côtés et sont aussi nombreuses de part et d'autre. *Les racines antérieures* des cinquième, sixième, septième, huitième paires cervicales et de la première dorsale, c'est-à-dire toutes les racines motrices qui sont destinées aux muscles du membre supérieur, les *nerfs médian et cubital* sont examinés soit au moyen de dissociations après action de l'acide osmique, soit sur des coupes transversales après durcissement dans le liquide de Müller et coloration par le picro carmin ou par la méthode de M. Weigert. Il n'existe entre le côté droit et le côté gauche aucune différence; les tubes nerveux sont des deux côtés aussi nombreux, aussi volumineux, et il n'y a pas trace à droite de dégénération wallérienne. *Les muscles* du côté malade sont grêles, présentent l'aspect feuille-morte. L'examen microscopique a porté en particulier sur le biceps, les muscles des éminences thénar et hypothénar; il a été pratiqué sur des coupes transversales faites après fixation dans le liquide de Müller, et colorées au picro-carmin. Dans tous ces muscles, les lésions sont les mêmes, mais elles sont surtout accentuées dans l'éminence hypothénar. Les fibres musculaires sont de dimension variable, la plupart très diminuées de volume; les noyaux de ces fibres sont beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal; les fibres musculaires sont bien plus espacées que du côté sain; le tissu conjonctif interstitiel est épaissi et infiltré de cellules adipeuses. La différence entre les muscles du côté droit et ceux du côté gauche est extrêmement considérable. Les nerfs intra-musculaires du côté malade sont absolument normaux, tout à fait semblables à ceux du côté sain.

Comment interpréter cette observation? Doit-on admettre que, sous l'influence de la sclérose descendante, les cellules des cornes antérieures ont été altérées dynamiquement et que cette modification a été suffisante pour produire l'atrophie musculaire, sans que les nerfs aient été au préalable altérés? Cette hypothèse semble en opposition avec ce que l'on observe à la suite de la destruction des cornes antérieures par lésions organiques ou après la section des nerfs; dans ces circonstances, en effet, les nerfs dégénèrent beaucoup plus vite que les muscles. — Doit-on admettre que la modification dynamique des cellules nerveuses, incapable de produire la dégénération des troncs nerveux, a pu provoquer la dégénération de la partie terminale des tubes nerveux? Cette hypothèse serait plus en rapport avec les données que l'on possède sur la dégénération des nerfs; on sait, en effet, qu'à la suite de la section des nerfs, ce sont les segments interannulaires les plus rapprochés de la fibre musculaire qui dégénèrent les premiers (Ranvier); on comprendrait aussi de cette façon pourquoi les lésions musculaires paraissent, dans le cas présent, semblables à celles qu'on observe à la suite de la section des nerfs. — L'examen microscopique que M. Babinski a pratiqué ne lui permet pas de résoudre ces questions. Mais, sans s'arrêter à aucune de ces hypothèses, il pense que cette observation établit d'une façon absolument rigoureuse qu'une lésion cérébrale accompagnée de dégénération descendante peut provoquer une atrophie musculaire très prononcée et ayant tous les caractères histologiques que l'on assigne à l'atrophie musculaire consécutive à la section des nerfs ou à la destruction des cornes antérieures de la moelle, et cela sans que les cellules des cornes antérieures soient détruites ou atrophiées, sans que les nerfs moteurs, au moins dans la plus grande partie de leur parcours, présentent la moindre trace de dégénération.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA DES MAINS. — Van Harlingen.

Oxyde de bismuth	4 grammes.
Acide oléique	30 —
Cire blanche	12 —
Vaseline	36 —
Essence de roses	2 gouttes.

F. s. a. Une pommade recommandée contre l'eczéma des mains. — N. G.

COURRIER

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — La vingt septième assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 2 et 3 mai prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 2 mai 1886

La séance sera ouverte à deux heures précises.

1° Rapport de la Commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association;

2° Installation et allocution du président nouvellement élu;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du Conseil général;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général;

6° Première partie du rapport de M. Horteloup sur les pensions viagères à accorder en 1886;

7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœu de M. Langlet, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885);

8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un Ordre de médecins (vœux de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885.

A sept heures précises, le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 3 mai 1886

La séance sera ouverte à deux heures précises.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale;

3° Deuxième partie du rapport de M. Horteloup, sur les pensions viagères à accorder en 1886. Discussion et vote des propositions;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1887;

5° Election des membres du bureau et renouvellement partiel du Conseil général :

Membres sortants du bureau : Vice-présidents : MM. Cazeneuve, Larrey, Ricord, Bouchacourt. Secrétaire général : M. Foville. Secrétaires : MM. Martineau et Blache. Trésorier : M. Brun.

Membres du Conseil à renouveler : MM. Lunier, décédé; Cornil, Durand-Fardel, Le Roy de Méricourt, Pénard, Richelot, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice (Les membres du bureau et du Conseil sont rééligibles);

6° Discussion des rapports de MM. Passant et de Ranse;

7° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1887.

— L'Académie française ayant à disposer cette année d'une somme considérable qui lui a été léguée par M. le comte Honoré de Sussy, pour encourager les bonnes œuvres et récompenser les belles actions, a décidé, hier, dans sa séance hebdomadaire, à l'unanimité, que sur cette fondation une somme de 5,000 francs sera attribuée à l'*Institut Pasteur*.

MALADIES DE LA GORGE, DU LARYNX ET DU NEZ. — La clinique du docteur Cartaz, ancien interne des hôpitaux, est transférée 15, rue Rochechouart. Consultations les mardi, jeudi, samedi de neuf à dix heures du matin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. L'Institut Pasteur. — II. Worms : Du daltonisme chez les employés de chemins de fer. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie.

L'Institut Pasteur.

Nous faisons appel aux amis discrets ou passionnés du microbe, voire même à ses détracteurs, aux esprits confiants qui suivent et admirent, à ceux qui préfèrent le doute philosophique. Tous peuvent s'unir dans une opinion commune : les inoculations préventives ne sont pas un vain mot, et les travaux dans cet ordre d'idées, qu'il s'agisse de la rage ou d'autres maladies, avec ou sans bouillons de culture, avec ou sans microbes déterminés, sont utiles et bienfaisants. L'Institut Pasteur deviendra, non seulement un lieu de guérison pour les rabiques, mais un foyer de recherches qui fera le plus grand honneur à la France. Faut-il, dès aujourd'hui, nous demander ce qui en pourra sortir, si les ptomaïnes et les microcoques y vivront en bonne intelligence, si le bacille de la tuberculose y perdra sa malignité? Il vaut mieux d'abord le bâtir, et garder les discussions pour plus tard.

Les pays étrangers, sauf la Prusse, à qui les muselières suffisent, demandent à participer aux bienfaits que les travaux de M. Pasteur ont déjà répandus. La France ne serait pas digne d'elle-même, si elle hésitait à fonder l'œuvre à laquelle la convie un de ses plus illustres enfants.

Aussi bien, les souscriptions sont déjà nombreuses; et l'*Union médicale*, en y ajoutant sa modeste contribution, ne fait que marcher dans une voie largement ouverte. Elle s'inscrit pour la somme de 300 francs, et ouvre ses colonnes à tous ceux qui ont à cœur d'imiter, comme elle, les bons exemples. — L.-G. R.

FEUILLETON

CAUSERIE

L'exercice illégal de la médecine.

On sait qu'un projet de loi sur l'exercice de la médecine est soumis à l'examen d'une commission de la Chambre des députés, et viendra tôt ou tard en délibération devant le Parlement; ce projet, qui a pour auteurs principaux MM. Chevandier (de la Drôme), Bourneville, Frébault et Bernard-Lavergne, propose l'unité de diplôme par la suppression du grade d'officier de santé, règlemente les conditions auxquelles les médecins étrangers seront désormais admis à pratiquer en France, et édicte enfin une pénalité sérieuse contre l'exercice illégal de la médecine. Ces dernières dispositions ne seront pas la moindre innovation de la future loi, car, jusqu'ici, l'exercice illégal de la médecine n'a jamais été l'objet que d'une répression absolument dérisoire; nos anciens lecteurs peuvent se souvenir des doléances tant de fois formulées sur cette question par Amédée Latour. Les mânes de Simplice doivent donc tressaillir d'aise aujourd'hui en voyant MM. Chevandier et consorts menacer l'exercice illégal de 500 à 3,000 fr. d'amende et de six jours à un an d'emprisonnement. Ces peines seraient assurément plus justes et plus efficaces que les 16 fr. d'amende dont les charlatans, rebouteurs, sorciers et autres parasites de la médecine paient à l'heure qu'il est leurs plus grands méfaits.

Du daltonisme chez les employés de chemins de fer.

Par le docteur Worms,

Médecin en chef de la Compagnie du Nord (1).

On s'était beaucoup ému, il y a quelques années, à la suite d'un Congrès ophthalmologique, des dangers que les employés de chemins de fer atteints de daltonisme pouvaient faire courir à la sécurité des trains.

Sous l'influence de ce mouvement d'opinion, parurent les publications importantes d'Holmgren, de Favre, de Donders, de Redard, etc.

L'autorité s'alarma; des rapports furent demandés aux Compagnies par le Ministre des Travaux publics, sur les précautions prises par elles pour écarter du service actif des agents présentant des imperfections de la vision, tant au point de vue de l'acuité qu'à celui de l'appréciation distincte des couleurs.

On put donner au Ministre l'assurance que la sécurité des trains ne pouvait être compromise de ce fait, car de tout temps on avait eu soin de faire subir un examen physique minutieux à tous les agents, avant de les admettre dans les différents services. Le sens des couleurs, d'après tous les règlements en vigueur, était l'objet d'un examen particulier.

Même en dehors de ces investigations indispensables, et qui le conjuraient, le danger n'existait pas.

En France, il ne s'était jamais produit un seul accident par le fait d'une confusion dans la couleur des signaux. Il ne pouvait en être autrement, car la manœuvre des signaux appliquée uniformement sur tout le réseau français, repose sur un ensemble de conditions dans lequel l'appréciation de leur couleur par *un seul agent* ne joue jamais un rôle exclusif.

Dans quelles circonstances s'était-il produit à l'étranger des accidents du fait d'employés daltoniens? Il n'a jamais été possible de l'établir formelle-

(1) Cette notice a été lue à l'Académie de médecine dans sa séance du 23 février 1886.

Cette loi, dans les dispositions que je viens de citer, est nécessaire, l'impunité de l'exercice illégal de la médecine constituant de toute évidence une lacune grave de notre législation. Le malade et le médecin ont droit tous deux à une protection sérieuse contre les improvisateurs qui jouent de la santé publique sans préparation ni études; c'est un principe indiscutable, que la fraude sur la médecine doit être empêchée comme toute autre tromperie sur la marchandise vendue; la fausse médecine est aussi dangereuse pour les consommateurs que le mauvais pain, la viande gâtée, les vins plâtrés et le lait à la cervelle de cheval, et tous ces commerces illicites doivent être également prohibés et punis. Sous ce rapport, la médecine est restée dans un état d'infériorité et d'abandon qui frise le ridicule, et dont la loi en préparation la ferait enfin sortir.

***

Il est donc légitime que la contrebande médicale soit prévue, surveillée et punie par la loi, surtout dans les campagnes, où les guérisseurs ne se contentent pas d'estropier leurs clients, mais abusent aussi de leur crédulité pour leur extorquer toutes leurs économies; les annales judiciaires sont remplies de ces histoires où la santé et le bas de laine des paysans avaient eu également à souffrir de l'impudence des charlatans de village.

Si je demande maintenant à faire quelques réserves sur cette grosse question de l'exercice illégal de la médecine, on comprendra parfaitement que ces réserves ne por-

ment, ni pour celui de Jagerlunda (Suède), ni pour un deuxième survenu en Angleterre, à Airsley, et auquel on a assigné une cause identique.

Il n'en est pas moins indispensable, au point de vue de la sécurité, d'être à l'abri des chances fâcheuses les plus minimes, et par conséquent d'avoir un personnel jouissant d'aptitudes physiques en général, et visuelles en particulier, les plus parfaites possibles.

L'organisation des services médicaux des Compagnies permet d'atteindre ce but et d'offrir les garanties les plus complètes, en vue du recrutement, et du maintien en activité d'agents parfaitement valides.

Mais il existe dans l'histoire du daltonisme un point obscur, celui de savoir dans quelles proportions il est congénital ou se développe sous l'influence de circonstances diverses. Il était donc possible que des agents eussent échappé à l'attention des médecins au point de vue de cette infirmité lors d'un premier examen, à l'époque de leur admission, et qu'ils fussent ultérieurement devenus daltoniens.

Il avait également pu survenir chez eux d'autres accidents, entraînant des altérations de la vue d'une espèce différente.

Ces considérations graves imposaient le devoir de soumettre à une investigation médicale attentive la vue de tous les agents préposés au service et à la marche régulière des trains, particulièrement au point de vue du sens chromatique, et d'en éliminer ceux qui étaient incapables de distinguer la couleur des signaux.

C'est dans ce but, et conformément à des instructions supérieures, que j'ai procédé à la Compagnie du Nord, avec l'aide de mes excellents confrères, à l'examen méthodique des aptitudes visuelles de tout le personnel actif.

En 1882, à l'époque où ces recherches ont été commencées, le personnel total de la Compagnie du Nord se composait de 46,900 agents. Celui des Compagnies réunies était de 236,000.

Ce chiffre est un peu moindre depuis quelque temps à la Compagnie du Nord, en raison de la diminution du trafic.

Sur les 46,000 agents, 11,000 environ sont en qualité de chefs de gare,

---

tent ni sur le point de droit, comme on dit au Palais, ni sur les points de fait, c'est-à-dire sur les cas où le délit est avéré, et où ses conséquences appellent une condamnation. Je veux simplement formuler les raisons pour lesquelles, nous médecins, nous pouvons montrer, dans l'intimité, une indulgence relative pour certaines formes de l'exercice illégal, et ne pas appeler constamment sur lui les foudres du ministère public.

Il existe, en effet, des variétés très nombreuses de ce délit, dont quelques-unes sont inoffensives; celles-là, nous pouvons faire semblant de les ignorer et les laisser tranquilles; nous leur devons même, à mon sens, une considération bienveillante, parce qu'elles nous rendent des services et jouent un rôle utile à côté de la médecine officielle. Je veux parler de ce penchant à soigner son prochain, dont tant de gens sont affligés, et dont l'arsenal thérapeutique constitue ce qu'on appelle les *remèdes de bonne femme*; eh bien! ces remèdes, cette médecine de bonne femme, je trouve qu'ils s'appliquent merveilleusement à un genre de maladies que j'appellerais aussi les *maladies de bonne femme*, c'est-à-dire à tous ces maux imaginaires ou insignifiants, qui n'ont aucun besoin de notre intervention, et qui même se trouvent mieux de certaines prescriptions fantaisistes que de nos conseils et de notre pharmacopée.

Que deviendrions-nous, grand Dieu, si nous n'avions pas l'exercice illégal de la médecine, pour alléger nos consultations de tous les malades qui n'ont aucune maladie, et qui, cependant veulent être soignés quand même ! Pour ce trop-plein de malades, la médecine d'amateurs est une soupape, un déversoir, dont nous n'avons, je crois, qu'à

mécaniciens et chauffeurs, conducteurs garde-freins, aiguilleurs, garde-sémaphores, garde-barrières, cantonniers, chargés de conduire les trains ou de surveiller la voie.

Ils sont les uns et les autres obligés de percevoir à distance les signaux placés sur la voie ou de les manœuvrer.

Le reste du personnel, employés de bureaux, ouvriers de la voie ou des ateliers, etc., etc., ne sont point affectés aux services des trains, et l'on pouvait sans inconvénient se dispenser pour le moment de les soumettre à cet examen.

Le service médical de la Compagnie est divisé en circonscriptions confiées actuellement à 200 médecins.

Cette organisation facilitait des recherches qui devaient porter sur l'ensemble des aptitudes visuelles.

Voici comment il y a été procédé :

Une instruction concertée avec d'éminents ophthalmologistes a été adressée à chaque médecin par les soins du chef de service.

Une feuille individuelle mentionnant l'aspect de chaque œil, l'étendue du champ visuel, l'acuité visuelle et le sens chromatique, devait relater chacune de ces particularités pour chaque agent.

Tous les agents trouvés défectueux étaient renvoyés munis de leur feuille individuelle, à Paris, à l'examen complémentaire du médecin en chef.

L'examen du sens chromatique, dont il doit être exclusivement question en ce moment, s'est fait au moyen de laines colorées dont chaque médecin avait reçu une provision.

La réunion des écheveaux de chaque couleur et de chaque nuance se fait rapidement, sans qu'il soit besoin de faire appel à la connaissance du nom des couleurs ignorée par un certain nombre d'individus, qui possèdent cependant un sens chromatique parfait.

Du résultat des recherches effectuées sur l'ensemble des aptitudes visuelles de cette partie du personnel, celle qui a trait aux imperfections

---

bénir le fonctionnement. Toute la pathologie nuageuse des vapeurs, de l'irritation, de l'inflammation, des sangs retournés, du sang changé en eau ou en graisse, est essentiellement justiciable des moyens plus ou moins étranges qui se transmettent par la tradition orale dans les différentes classes de la société, et parmi lesquels on trouve toujours, pour chaque malade, la chose qui a réussi étonnamment dans un cas analogue.

Un exemple rendra ma pensée plus claire, en lui ôtant les apparences de paradoxe qu'elle peut avoir : il est incontestable, nous en avons tous eu la preuve maintes fois, que des pesanteurs d'estomac, d'une nature particulière sans doute, résistent aux traitements les plus rationnels, et sont soulagés uniquement quand le patient se décide à porter, dans un sachet, sur la poitrine, une peau de crapaud desséchée. De même, certaines douleurs dans les membres, certaine raideur des jointures ne cèdent qu'à l'influence d'un petit os, qu'on doit avoir constamment dans sa poche, qui a la forme d'une tête de levrette, et qu'on trouve dans l'épaule de mouton. La peau de crapaud et le petit os de mouton sont infaillibles dans ces cas : eux seuls réussissent, tous les médicaments échouent, tous les médecins y perdent leur latin. Or, ce que je trouve avantageux pour les malades et pour nous-mêmes, c'est qu'il y ait de par le monde des gens qui se fassent un plaisir de recommander à leurs semblables, le crapaud desséché et l'os en tête de levrette, attendu que nous n'oserions jamais faire entrer dans une ordonnance, un traitement ainsi composé, et qui est pourtant le spécifique que rien ne remplace.

Ainsi compris, l'exercice illégal de la médecine a du bon; il fait la joie des gens qui

du sens des couleurs (achromatisme, chromato-pseopsie) constitue l'objet exclusif de cette communication.

Sur 11,173 agents dont la vue a été examinée avec la plus grande attention, grâce au zèle des médecins de la Compagnie, il s'en est trouvé 224 qui ont présenté des défectuosités dans l'appréciation des couleurs. Je les ai examinés et classés selon la variété de leur daltonisme en six catégories distinctes que voici :

1° Absence complète du sens des couleurs (achromatisme).

2° Cécité pour le rouge (anerythropsie).

3° Cécité pour le vert (achloropsie).

4° Achromatisme pour le rouge et pour le vert, en place desquels il est perçu une nuance indéterminée, terne, et donnant probablement l'impression du gris terreux. Conservation nette du sens chromatique pour les autres couleurs.

5° Confusion du vert avec le bleu et le gris, mais vision nette du rouge.

Cette imperfection est en dehors de celles qui peuvent présenter des inconvénients pour la sécurité des trains.

6° Sens chromatique faible.

Sont compris dans cette catégorie les individus qui hésitent dans l'assemblage des échevaux de même couleur, mais arrivent à les distinguer après un moment d'attention.

Les 224 agents compris dans ces six catégories se répartissent ainsi suivant leurs divers emplois :

	Confusion de toutes les couleurs	Cécité pour le rouge	Cécité pour le vert	Confusion du vert et du rouge	Confusion du vert avec le bleu et le gris	Sens chromatique faible
Chefs de stations.....	»	»	1	»	»	1
Conducteurs.....	1	1	»	5	4	8
Graisseurs.....	1	»	1	8	4	12
Mécaniciens.....	»	1	1	»	»	7
Chauffeurs.....	»	»	2	2	2	16
Aiguilleurs.....	»	1	»	3	5	8

s'y adonnent, et dont on sait le nombre immense; il ne fait pas de mal, il fait même du bien à ceux qui y ont recours, parce qu'il répond à leur esprit, à leurs désirs, à la nature même de leurs maladies; enfin il nous dispense de nous battre les flancs en présence de ces menues souffrances, qui ne sont qu'une des mille façons dont l'humanité aime à se rendre intéressante.

Laissons donc passer avec un sourire le flot des infusions, des frictions, des sudorifiques et des rafraîchissants que les soi-disant médecins recommandent aux soi-disant malades, au grand contentement des uns et des autres. Mais en même temps, soyons impitoyables pour les dangers et les malheurs trop réels qu'engendre l'exercice illégal, dès qu'il s'écarte de ses moyens ordinaires pour agir trop vigoureusement.

***

Il ne faudrait pas d'ailleurs se faire trop d'illusions sur la vertu des mesures tendant à réprimer l'exercice illégal de la médecine. Il parviendra encore à passer à travers la loi, car souvent il sera difficile à atteindre. Comment voulez-vous empêcher les pharmaciens, par exemple, de donner des consultations ? Ils ne font que cela du matin au soir, et sont les plus grands coupables en fait d'exercice illégal. Il est bien difficile qu'il en soit autrement. Un homme tombe dans la rue, se fait une écorchure au genou, et entre chez le pharmacien le plus proche pour savoir ce qu'il faut *mettre là-dessus ;* ainsi d'une foule de bobos et d'indispositions pour lesquels la double comparution chez le médecin et chez le pharmacien semble un luxe inutile. On va au plus accessible, qu

Cantonniers.....	1	1	1	11	10	23
Gardes-barrières.....	1	1	»	»	1	10
Agents subalternes des gares et stations (1).	1	3	2	16	12	33
	4	8	8	45	41	118

Il y a quelques particularités à noter au sujet de cette classification.

Les individus compris dans la sixième catégorie (sens chromatique faible), tout en hésitant un peu dans le triage des échevaux de laine, ont distingué instantanément, et à distance, la couleur des drapeaux rouges et verts et la couleur des feux.

Une particularité analogue s'est présentée chez quelques individus des premières catégories, lesquels sont atteints de daltonisme pour des objets de petite dimension, et ne le sont pas pour une surface colorée plus étendue : les drapeaux, par exemple.

Parmi ceux-ci encore, j'en ai rencontrés qui distinguent les drapeaux, mais pour lesquels la couleur des feux est confuse. Il m'a semblé que pour ces individus la qualité de la substance imprégnée de couleur rouge ou verte, comme la laine mate dont on fait les drapeaux, était une condition favorable. Le reflet vif des feux des lanternes déterminait un effet contraire et empêchait la vision de ces couleurs.

Je me suis appliqué, à chaque examen, à me rendre compte de la véritable impression chromatique perçue par chaque individu vicié.

Il est absolument impossible d'y parvenir chez les sujets peu intelligents, dont les rangs inférieurs offrent de nombreux spécimens.

Cela est encore très malaisé chez les sujets intelligents. L'un d'eux m'a présenté un grand carton vert foncé pour reproduire l'impression que lui laisse la vue des joues rubicondes d'une jeune fille de la campagne. Il n'est

(1) Cette catégorie comprend les surveillants, les hommes d'équipe et autres agents appelés à circuler sur les voies et à participer aux manœuvres de gare.

est le pharmacien, et on y va avec cette idée que lui, qui vit au milieu de ses drogues, qui en connaît à fond tous les mystères, doit savoir au moins aussi bien que le médecin la manière de s'en servir. Dès lors, on peut se passer du médecin, et, en le supprimant, on réalise une économie. C'est là une des formes les plus communes de l'exercice illégal de la médecine. L'ivrogne qui s'étale dans le ruisseau, allez-vous d'abord le conduire chez le médecin, pour qu'il lui soit prescrit magistralement un vomitif ou de l'ammoniaque ? L'officine au contraire se trouve sur son chemin, il y reçoit plus vite et plus commodément les mêmes soins. Les pharmaciens continueront donc, parce que cela est dans la force des choses, à donner beaucoup de consultations ; celles-là encore nous n'avons pas à les regretter, et l'on peut s'en rapporter à la compétence des honorables représentants de la profession pharmaceutique, pour que leurs avis soient toujours sans danger au moins pour la santé et la vie de leurs clients.

*
* *

Enfin, combien d'exemples d'exercice illégal de la médecine qui échapperont forcément à la loi, qu'elle ne peut même pas songer à réprimer! Il est impossible, entre autres, d'interdire la médecine aux romanciers, qui en font depuis quelque temps un si déplorable abus. Sous prétexte de roman expérimental et scientifique, un jeune auteur vient même de se voir infliger une condamnation très sévère par la Cour d'assises de la Seine. Il ne se décourage pas pour cela, et nous annonce que le sujet de son prochain livre sera l'inoculation préventive de la rage, compliquée d'une intrigue

pas vraisemblable que ses sentiments esthétiques soient aussi différents de ceux de la généralité des voyants. La théorie de Helmholtz, basée sur le clavier colorant des couches des bâtonnets, et qui a été adoptée par la plupart des physiologistes, ne permet pas de se représenter nettement quelle est l'impression chromatique précise perçue en pareil cas.

Quant à la question spéciale de la sécurité des trains, on voit que l'examen pratiqué sur 11,173 agents est des plus rassurants.

On a trouvé parmi eux 65 agents daltoniens pour le rouge et le vert, dont 23 seulement affectés aux trains en marche. Parmi ces agents on n'a rencontré que 2 mécaniciens et 4 chauffeurs, sur un nombre de 2,600 remplissant ces fonctions à la Compagnie du Nord, soit moins de 2,5 par 1,000 ; et encore ceux-ci savaient reconnaître les signaux à d'autres qualités lumineuses.

Il n'est pas besoin de dire que pas un seul de ces agents, atteint d'une de ces imperfections, et à quelque degré qu'elles se soient révélées, n'a été conservé dans le service actif.

En résumé, cette investigation laborieuse et minutieuse du sens chromatique, effectuée sur 11,173 agents de la Compagnie du Nord, a amené la découverte de l'existence du daltonisme, pour les couleurs affectées aux signaux, chez 2 mécaniciens et 4 chauffeurs.

Ce sont les seuls agents auxquels il y aurait un inconvénient sérieux à confier la direction des trains, s'ils étaient *seuls* sur la machine; mais la présence de deux hommes exclut la possibilité du danger d'une façon presque absolue.

Pour d'autres raisons encore le danger serait insignifiant. En effet, les daltoniens les plus incapables de distinguer le vert du rouge, distinguent ces deux couleurs du blanc. Or, pendant la journée, la liberté de la voie est indiquée par l'absence de tout signal; pendant la nuit, elle l'est par un feu blanc ; un feu vert commande le ralentissement. Un feu rouge commande l'arrêt ; la vue d'un signal coloré pendant la nuit indique une circonstance anormale sur la voie.

---

d'amour sur les données suivantes : Une jeune fille, mordue par un chien enragé, s'éprend du jeune médecin, disciple de Pasteur, qui lui fait des inoculations de virus antirabique; il paraît que nous verrons là des effets surprenants de la seringue de Pravaz sur le développement des passions.

L'introduction de la médecine dans les romans fait partie, en quelque sorte, de l'exercice illégal, et si l'on ne peut en faire défense aux romanciers de par la loi, ils feraient bien d'y renoncer d'eux-mêmes. Car ils n'ont pas toujours la main heureuse dans ce genre de sujets. M. Octave Feuillet, dans *la Morte*, nous décrit une trachéotomie où il n'est fait mention d'aucun procédé antiseptique. On ne peut supposer pourtant que M. Tullevant ignorait les dernières conquêtes de la chirurgie, et il avait certainement dans son laboratoire de quoi faire du Lister au grand complet, à en juger par la collection d'alcaloïdes où sa fille a trouvé de quoi empoisonner la femme qui la gênait.

Ce n'est pas qu'il manque, dans la médecine, de sujets de romans du plus haut intérêt; on en trouverait à foison; mais ils sont toujours arrangés et défigurés par les romanciers, au point de devenir risibles pour les médecins, et de s'écarter sensiblement de la vérité. Il paraît, en outre, que tous ces sujets ne sont pas bons à raconter, témoin la mésaventure survenue à M. Dubut de Laforest pour son *Gaga*, que je n'ai point lu, trouvant très suffisante la dose de gâtisme ambiant qu'on rencontre partout.

P. Dubray.

©BIU Santé

La chance la plus défavorable serait donc qu'un mécanicien daltonien, qui ne serait pas guidé par le chauffeur, arrêtât son train au lieu de le ralentir, s'il voyait un feu rouge à la place du vert.

Dans le cas contraire, il le ralentirait au lieu de l'arrêter, toujours dans l'hypothèse où il serait seul, et, par ce fait, un accident sérieux ne serait point à craindre.

On voit combien la question du daltonisme, chez les employés de chemins de fer, joue un rôle presque insignifiant pour la sécurité du service.

Au point de vue statistique, la revue du personnel a donné les résultats suivants : on a trouvé 20 pour 1,000 d'agents atteints d'une imperfection quelconque du sens des couleurs en général.

Si, dans ce relevé, l'on ne tient pas compte des 118 agents chez lesquels on a rencontré une certaine hésitation sur la désignation des couleurs, mais qui cependant ne les confondent pas absolument, et des 41 autres qui confondent le vert, le bleu et le gris, mais qui distinguent parfaitement ces trois couleurs du rouge, il ne reste en définitive que 65 agents atteints véritablement de daltonisme typique, parmi lesquels 42 n'étaient pas attachés aux trains en marche sur un personnel de 11,173 agents.

En définitive, la statistique des daltoniens pour le rouge et le vert nous a donné un rapport de 5 4/10 p. 1,000 et de 9 pour 1,000 en ajoutant ceux qui ne savent pas distinguer le vert d'avec le bleu et le gris.

Ces résultats se rapprochent sensiblement des statistiques antérieurement publiées par M. le docteur Perrin, en ce qui concerne la garnison de Paris. Mais notre chiffre est de beaucoup inférieur à ceux qui ont été indiqués par M. Favre, M. Lederer pour la Russie, M. Donders pour la Hollande, M. Holmgren pour la Suède, M. Jeffries pour les Etats-Unis, M. Reuss pour l'Autriche, qui ont indiqué le chiffre de 2 à 4 p. 100.

Il est probable qu'il s'est trouvé parmi les agents sur lesquels ont porté tous ces examens un grand nombre dont le sens chromatique n'est que très légèrement imparfait.

La statistique la plus importante et qui paraît basée sur des recherches précises et complètes, est celle qui a été publiée en 1879 par l'office de l'Union des chemins de fer allemands, et que nous reproduisons.

Des expériences, faites d'après la méthode de Stilling et de Holmgren, en se servant de tableaux coloriés ou de fils de laine de couleur, ont porté sur 86,056 employés de toutes catégories, parmi lesquels on a reconnu 547 daltoniens, soit 1 daltonien sur 269 agents. Ici encore les variétés de l'affection n'ont pas été indiquées.

Sur 7,266 chefs de station, on a reconnu		27	daltoniens, soit	1	daltonien sur	269	employés
— 1,791 piqueurs,	—	5	—	1	—	358	—
— 3,475 trieurs de wagons,	—	38	—	1	—	91	—
— 13,523 aiguilleurs,	—	80	—	1	—	169	—
— 26,055 gardes-lignes auxiliaires		180	—	1	—	144	—
— 11,066 mécaniciens et chauffeurs		80	—	1	—	138	—
— 13,646 chefs de trains et conducteurs		72	—	1	—	189	—
— 6,368 ouvriers,	—	47	—	1	—	135	—
— 2,866 fonctionnaires	—	18	—	1	—	159	—
Sur 86,056 employés examinés	—	547	daltoniens, soit	1	daltonien sur	269	agents.

Il ressort de cet exposé que le personnel des chemins de fer dans tous

les pays est périodiquement débarrassé des individus daltoniens grâce à la vigilance de l'administration et aux progrès de la science.

Si la question du daltonisme chez les employés de chemins de fer se réduit en somme à une mince importance, il en est autrement de son importance sociale.

Lorsqu'on a vu passer successivement sous ses yeux, comme cela nous est arrivé à l'occasion de ces recherches spéciales, plus de 200 personnes déjà triées et qui offrent le spectacle d'une distinction pénible des couleurs ou d'un sens chromatique profondément altéré, on éprouve une impression très attristante. On est autorisé à penser qu'un trop grand nombre de personnes ne jouissent pas de la beauté et de l'éclat des couleurs dont la nature nous a entourés.

Cependant, si l'on compare le nombre de ces déshérités pour les couleurs à ceux qui ne sont frappés qu'imparfaitement par la délicatesse des vibrations sonores et leur mélodie, on peut dire que les sourds pour les couleurs sont infiniment moins nombreux que ceux que l'harmonie des sons laisse indifférents.

Un rapprochement entre la sensibilité pour la gamme des couleurs et celle des sons présenterait un certain intérêt, et l'on pourrait se demander si cette double sensibilité est en progrès dans les sociétés civilisées.

Il y a présomption pour l'affinement progressif de ces deux sens; en effet, autant en peinture qu'en musique, le goût moderne paraît pencher en faveur des nuances de plus en plus délicates.

Pour diminuer le nombre des daltoniens, il serait à désirer que l'on introduisît dans l'instruction publique la gymnastique chromatique.

L'enseignement du dessin, tel qu'il se pratique depuis quelque temps, substitue à l'observation des anciens modèles tracés sur une feuille plane, l'étude des objets tels que la nature les présente sous différents aspects.

L'œil s'habitue ainsi à voir les objets avec leur situation réelle dans l'espace. Il n'est point douteux que l'art bénéficiera amplement de ce progrès dans l'enseignement. En exerçant dans les écoles, les jeunes yeux, à la distinction des nuances des couleurs les plus délicates, on diminuera certainement le nombre relativement considérable des daltoniens dont nous sommes entourés.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 mars 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

La correspondance comprend un grand nombre de communications relatives aux accidents de chemins de fer, et à la manière d'arrêter les trains en marche. Toutes ces communications sont provoquées par le malheur arrivé entre Menton et Monte-Carlo, et il en est de même après chaque collision de trains.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer à ce propos que les appareils automoteurs proposés auraient le grave inconvénient d'endormir la vigilance (s'il est permis d'accoupler ces deux mots) de tous les employés de la ligne. Comme l'automatisme a des limites assez restreintes sur des masses en mouvement, le but que l'on vise ne saurait être atteint de cette manière. En somme, ce qu'il y a de mieux dans l'état des choses, c'est un nombre suffisant d'agents soigneux. On a fait, depuis longtemps, l'observation que, sur les lignes où le passage des trains est pour ainsi dire incessant, les accidents sont beaucoup moins fréquents et meins graves qu'ailleurs.

©BIU Santé

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de géométrie, en remplacement de M. Bouquet, décédé.

La section, par l'organe de son doyen, M. Hermite, présentait la liste suivante de candidats :

En première ligne, M. Halphen; en seconde ligne, *ex æquo*, MM. Appell, Picard et Poincaré.

Sur 51 votants, M. Halphen ayant obtenu 49 suffrages, contre 1 donné à M. Picard, et 1 à M. Poincaré, est proclamé élu.

L'Académie nomme ensuite une commission de six membres, choisis dans les sections physiques, pour dresser la liste des candidats à la place de secrétaire perpétuel, vacante par suite de la mort de M. Jamin.

M. Blanchard présente, de la part de M. Joannès Chatin, un travail sur l'anatomie des hyménoptères.

M. Larrey, au nom de M. le docteur Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, dépose sur le bureau la statistique de toutes les maladies des yeux observées chez les jeunes soldats, depuis l'année 1882 à ce jour.

M. Cornu, de la part de M. Maxwell, présente une note intitulée : *Considérations sur le daltonisme*.

M. Wertheimer adresse une note sur les centres respiratoires de la moelle épinière :

« Il n'y a guère de fait plus généralement admis encore aujourd'hui que la localisation exclusive des centres respiratoires dans le bulbe rachidien. Cependant, déjà en 1860, M. Brown-Séquard, et plus récemment M. Langendorff (1880), ont vu que la respiration peut survivre, chez les mammifères nouveau-nés, à l'ablation de la moelle allongée, surtout si l'on a soin, comme l'a fait ce dernier physiologiste, d'après une méthode indiquée par P. Rokitansky, d'administrer à ces animaux une faible dose de strychnine pour réveiller l'excitabilité de la moelle.

« Mais la strychnine trouble bien certainement le fonctionnement régulier des centres nerveux; et, d'autre part, si l'on n'a pas recours à l'agent toxique, la respiration s'arrête très rapidement. Dans l'un ou l'autre cas, on ne peut ainsi connaître les caractères véritables des mouvements respiratoires dépendant de la moelle épinière. Nous avons pu les étudier d'une façon plus complète en expérimentant, non plus sur des animaux nouveau-nés, mais sur des chiens âgés de quelques mois et même sur des chiens adultes.

« Jusquà présent, la persistance de la respiration spontanée après la section de la moelle entre l'atlas et l'axis, chez des mammifères déjà arrivés à leur complet développement, n'avait pas encore été signalée. L'observation journalière semble, en effet, démontrer que, chez ceux-ci, du moins, cette opération abolit irrévocablement les mouvements respiratoires du tronc; il n'en est rien; leur arrêt n'est pas définitif, car il reconnaît uniquement pour cause l'impuissance momentanée de la moelle, consécutive au traumatisme. Aussi, pour les voir se rétablir, il suffit d'attendre que les centres spinaux aient recouvré leur activité et de pratiquer, cela va sans dire, jusqu'à ce moment, l'insufflation pulmonaire.

« Chez les chiens adultes, le retour de la respiration peut se faire attendre quatre ou cinq heures, mais parfois aussi une ou deux heures seulement; il ne demande ordinairement qu'une heure et même moins chez les jeunes chiens de quatre à six mois, qui conviennent mieux pour cette étude que les animaux adultes, parce que, à cet âge, le résultat est plus certain. Mais, chez les uns et les autres, on peut, dans les cas heureux, enregistrer, pendant des heures entières, les mouvements respiratoires.

« Trente expériences suivies de succès nous permettent d'assigner à ces mouvements un ensemble de caractères qui serviront à établir les relations des centres spinaux avec les centres bulbaires et que nous allons brièvement résumer :

« 1° Quand l'excitabilité de la moelle est revenue à un haut degré, ce qui se reconnaît au retour et à la vivacité des réflexes, la respiration spontanée se rétablit déjà, même pendant qu'on pratique la respiration artificielle, et l'on ne peut pas obtenir complè-

tement l'apnée, quelque active que soit la ventilation pulmonaire. Cependant, les mouvements respiratoires deviennent plus amples sous l'influence du sang asphyxique.

« 2° La fréquence est un des caractères les plus constants de ces mouvements; on en compte d'ordinaire 30, 60 et jusqu'à 90 par minute; aussi sont-ils en général très superficiels et ne sont-ils pas synchrones aux mouvements respiratoires de la tête, beaucoup plus rares, comme on sait.

« 3° Leur amplitude est toujours très inégale; des mouvements plus profonds alternent avec d'autres plus superficiels.

« 4° Ils sont sous la dépendance de centres distincts, les uns inspirateurs, les autres expirateurs. Comme l'excitabilité de la moelle se ranime de bas en haut, et que ceux-ci sont situés plus bas que ceux-là, il arrive parfois qu'au début de l'expérience on n'inscrit exclusivement que les contractions des muscles abdominaux.

« 5° Quand les différents centres sont également réveillés, ce sont d'ordinaire les inspirateurs qui l'emportent, et l'on obtient alors un graphique qui ne se distingue du graphique normal que par les caractères indiqués plus haut. Mais, même dans ce cas, le nombre des expirations actives peut rester supérieur à celui des inspirations, ou bien les unes et les autres alternent irrégulièrement, ou bien enfin chaque mouvement respiratoire se fait en deux temps, c'est-à-dire que chaque inspiration est immédiatement précédée ou, dans d'autres cas, immédiatement suivie d'une contraction brusque des muscles abdominaux, et ce rythme se conserve souvent chez le même animal pendant toute la durée de l'expérience.

« 6° Les agents de ces mouvements sont les muscles respirateurs du tronc, qui entrent généralement tous en jeu d'une façon active. Nous avons vu, en particulier, les contractions rythmiques du diaphragme, mis à découvert, persister sans interruption pendant quarante-cinq minutes chez un jeune chien, qui respirait librement par sa canule trachéale, après avoir fourni des tracés pendant près de trois heures. La section des phréniques met le muscle au repos; ces mouvements ne sont donc pas du même ordre que ceux qui ont été décrits autrefois par MM. Brown-Séquard et Vulpian et qui sont indépendants du système nerveux.

« 7° L'excitation des nerfs sensitifs produit sur les centres respirateurs de la moelle des effets constants, mais trop complexes pour être résumés dans une formule générale.

« En somme, il existe dans la moelle des centres nerveux qui président les uns à l'inspiration, les autres à l'expiration, et leur activité peut être mise en évidence même chez les mammifères adultes. Le retour de la respiration spontanée, même pendant l'insufflation pulmonaire, montre que la moelle abandonnée à elle-même envoie aux muscles respirateurs des impulsions rythmiques, sans qu'elle ait besoin d'y être sollicitée par un excitant quelconque. D'autre part, les caractères que prennent les mouvements respiratoires, quand le bulbe n'exerce plus son influence, prouvent que celui-ci sert aux centres médullaires de modérateur et de régulateur, et que, dans la respiration comme dans la circulation, son rôle est identique. »

COURRIER

L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — Les médecins consultants des stations thermales, au nombre de deux cent cinquante, ont nommé un comité chargé de poursuivre auprès du ministre du commerce, et, s'il le faut, auprès du Parlement, la suppression de l'Inspectorat des eaux minérales.

Ce comité, composé des docteurs Legrand (d'Aix), de Ranse (de Néris), Leudet (des Eaux-Bonnes), Bottentuit (de Plombières) et Janicot (de Pougues), vient d'être reçu par M. Lockroy, auquel l'a présenté l'honorable M. Mazeau, sénateur.

L'accueil et les réponses de M. Lockroy portent à croire que l'Inspectorat sera bientôt supprimé. C'est, du reste, dans ce sens qu'a conclu énergiquement une Commission extra-parlementaire, composée d'hommes très compétents et nommée par le Ministre du commerce lui-même.

Institut Pasteur. — On sait qu'une souscription a été ouverte en Alsace pour contribuer à la fondation de l'Institut Pasteur. En tête de la première liste figure le nom de M. Schlumberger, président de la délégation d'Alsace-Lorraine. Vingt-deux autres membres du Parlement ont inscrit leurs noms à la suite de celui de M. Schlumberger. La première liste donne un total qui dépasse deux mille cent francs.

L'Harmonie militaire de Strasbourg, présidée par M. Michel Ott, a unanimement et par acclamation décidé qu'elle donnera le mois prochain un concert, afin de contribuer pour sa part, à la souscription dont le *Journal d'Alsace* a pris l'initiative.

— Les souscriptions pour l'Institut Pasteur atteignent déjà 200,000 francs. Parmi les souscripteurs, il faut citer la Banque de France, 40,000 francs ; MM. Rothschild frères 40,000 ; l'Institut de France, 30,000 francs.

Concours de l'agrégation de médecine. — La dernière séance a eu lieu mardi ; quelques instants après, les candidats dont les noms suivent out été proclamés agrégés :

Faculté de Paris : MM. les docteurs Brissaud, Ballet, Dejerine et Chauffard.
Faculté de Bordeaux : MM. les docteurs Moussous et Dubreuilh.
Faculté de Lille : MM. les docteurs Lemoine et Chuffard.
Faculté de Lyon : MM. Weill et Lannois.
Faculté de Montpellier : MM. Boinet et Brousse.
Faculté de Nancy : MM. Simon et Parizot.

Société médico-pratique. — Séance du 22 mars. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de MM. Huchard, Ory, Schwartz, Eloy, Geneix, E. Desnos et Cyr sur les candidatures de MM. Bottey, Poupon, Le Bec, Jose Penna, Le Piez, Bréchot et Weber. — 2. M. Cadet de Gassicourt : Sur un cas de laryngite striduleuse. — 3. M. Leblond : Nouvelles observations sur le traitement de la syphilis par le tannate de mercure. — 4. M. Gilson : Des obsessions anxieuses, à propos d'un cas d'onomatomanie. — 5. Élection d'un membre titulaire.

Exposition d'hygiène urbaine. — Une exposition d'hygiène urbaine, organisée par les soins de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, aura lieu à partir du 1er mai prochain à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville.

Cette exposition, d'un caractère exclusivement scientifique et technique, comprendra tous les plans et modèles de constructions, ainsi que les appareils destinés à assurer la salubrité du sol, du sous-sol, des habitations privées, des maisons à bon marché et des édifices publics, tels que : écoles, hôpitaux et hospices, théâtres, salles de réunion, asiles de nuit, etc. Les emplacements seront gratuits.

Elle est placée sous le patronage du Conseil municipal et de savants, appartenant à l'Institut, à l'Académie, à la Faculté de médecine, au Comité consultatif d'hygiène publique de France, au Conseil de salubrité de la Seine, à la Commission des logements insalubres, au Parlement et à l'Administration.

Pour les demandes d'admission et tous renseignements, s'adresser à M. le président de la Société de médecine publique, caserne Lobau, Paris, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville.

Le Goudron Freyssinge est la seule liqueur concentrée de goudron de Norvège qui, à la dose de une cuillerée à café par verre ou deux cuillerées à soupe par litre d'eau, reproduise exactement l'eau de goudron du Codex, si efficace contre les *affections chroniques* de la *poitrine* et de la *vessie*.

ON DEMANDE pour un chef-lieu de canton important du Pas-de-Calais, un médecin actif. (*Docteur ou officier de santé*). Traitement fixe assuré, 1,000 francs, *susceptible d'augmentation*. Clientèle magnifique en peu de temps.

S'adresser à M. Carré, pharmacien à Houdain (Pas-de-Calais).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Lancereaux : Syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. — II. Bibliothèque : Des influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie. — Précis de médecine légale. — III. Revue des Journaux : Cinq cas de méningite cérébro-spinale. — Traitement de la syphilis par le sublimé à l'extérieur. — Epithélioma de l'estomac et du côlon. — Le coryza des roses. — IV. Sociétés médicales des départements : Société médicale d'Amiens (4e sem. 1885). — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : A propos de l'inspectorat. — VIII. Formulaire.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache

Leçon recueillie par M. Bezançon, interne du service.

Le mot *propreté*, sans aucun doute, ferait aussi bonne figure sur nos monuments publics que celui de fraternité, et serait certainement plus utile. Cette qualité, déjà si importante au point de vue de l'alimentation et des boissons, l'est encore dans l'exercice de la plupart des professions. Le médecin, mieux que tout autre, est à même de se faire une opinion à cet égard. Nous savons tout ce qu'ont gagné la chirurgie et l'obstétrique depuis qu'on s'applique à opérer avec une propreté exquise. Cette grande qualité n'est pas moins nécessaire au médecin qui, faute de précautions suffisantes, peut transmettre un certain nombre de maladies contagieuses. Un fait actuellement sous nos yeux est un exemple frappant des inconvénients qui peuvent résulter de l'oubli des règles que chacun de nous doit s'imposer dans l'exercice de sa profession.

Au n° 9 de la salle Piorry se trouve, depuis le 28 janvier, un malade âgé de 53 ans. C'est un homme robuste, bien constitué, légèrement alcoolique, qui présente une éruption papulo-pustuleuse généralisée, car elle occupe non seulement les membres et le tronc, mais encore quelques points de la face et le cuir chevelu. Elle aurait débuté, au dire du malade, par cette dernière région, et se serait ensuite étendue.

FEUILLETON

A PROPOS DE L'INSPECTORAT

On cligne de l'œil, avec un air malin, et l'on me dit :

— C'est une question qui n'aboutira jamais. Jamais on ne supprimera les inspecteurs.

— Pourquoi?

— Parce que ce sont des places à donner. Un des précédents ministres, pressé à ce sujet, a éventé la mèche : « Après tout, s'est-il écrié, le ministère du commerce n'a déjà pas tant de places dont il puisse disposer! »

— Et pourquoi, continuai-je, un ministre tient-il tant à donner des places?

— Pour affirmer sa puissance.

— Mais encore ne faudrait-il pas, en affirmant sa puissance d'un côté, la ruiner de l'autre...

— Je sais ce que vous allez me dire; vous nous l'avez déja dit : Pour un médecin qu'on nomme inspecteur, on en froisse vingt qu'on ne nomme pas. Selon le mot de je ne sais plus quel homme d'Etat, on fait dix-neuf mécontents et un ingrat. Mais vous ne vous mettez pas au vrai point de vue. Vous supposez que le ministre cherche à être agréable à quelques-uns, et qu'il ne s'aperçoit pas que, du même coup, il est désagrable

La lésion élémentaire, variable en différents points, a des caractères communs qui sont les suivants : une saillie légère, arrondie, plus ou moins large, rouge vif ou rosée à son apparition, plus tard cuivrée et surmontée d'une pustule blanchâtre. Bientôt cette pustule s'ombilique, s'affaisse, se dessèche, tandis que la saillie papuleuse qui en forme la base se desquame, et détermine ainsi à sa périphérie le liseré blanchâtre connu sous le nom de *collerette de Biett*.

La partie superficielle du derme, au niveau d'un poil, est le siège anatomique ordinaire de cette lésion qui met environ un mois à évoluer, et ne laisse à sa suite qu'une simple tache jambonnée, ou plus rarement une petite croûte qui ne tarde pas à tomber. Toutefois, comme l'éruption se fait par poussées successives, il en résulte qu'elle persiste encore aujourd'hui dans son ensemble, bien qu'elle ait commencé à se manifester il y a déjà deux mois. Chaque jour, en visitant notre malade, nous constatons des pustules nouvellement écloses, tandis que les voisines sont en voie d'évolution régressive.

L'éruption se trouve quelque peu modifiée par les conditions anatomiques locales de la peau. Au cuir chevelu, par exemple, l'induration papuleuse de la base est relativement plus large que sur le tronc, tandis que l'élément pustuleux est moindre. La face, à part le front, est presque partout indemne. Le tronc, dans toute son étendue, est recouvert de papulo-pustules inégalement disséminées, rarement groupées en amas, plus confluentes à la région postérieure qu'à la face antérieure. Aux jambes, l'éruption prend un caractère spécial. Là, les lésions sont plus confluentes et plus volumineuses, donnent lieu à des croûtes, et simulent en quelques points une éruption d'ecthyma. C'est qu'en effet notre malade est porteur de varices, et ces modifications dans la morphologie de l'éruption sont sous la dépendance de la nutrition anormale des tissus à ce niveau.

Il nous a paru intéressant d'examiner au microscope le contenu des pustules, mais c'est en vain que nous y avons cherché un bacille; nous y avons trouvé simplement des leucocytes et des traînées fibrineuses.

à plusieurs. Il ne s'agit pas, en tout ceci, d'agrément ou de désagrément. Il s'agit de l'exercice de la puissance; il s'agit de se créer des clients, c'est-à-dire des gens qui vous craignent et qui vous soient soumis. Je ne dis pas que l'exercice de la puissance ne comporte pas en soi un certain agrément, mais ce n'est pas la considération principale dans l'espèce. L'inspecteur nommé par le ministre ne peut rien faire ouvertement contre ce ministre. Il éprouvera bien, en présence de quelques intimes, des velléités d'indépendance; mais, viennent des circonstances dans lesquelles il soit obligé d'agir, il prendra forcément parti dans le sens ministériel. Quant aux autres, à ceux qui ne sont pas nommés, ils espèrent l'être demain; leur mécontentement ne dure qu'un jour. Bientôt ils recommencent leurs sollicitations et protestent, aux pieds du ministre, de leur entier dévouement. Ceux-ci non plus ne peuvent pas faire acte d'opposition déclarée. C'est tout ce qu'il faut.

— Cependant...

— Permettez. Je n'ai pas fini, et il est bon que ce sujet soit, une fois pour toutes, coulé à fond. Il n'y a pas que le ministre d'intéressé à cette question. Les sous-ordres du ministère sont également jaloux d'exercer la part de pouvoir qui leur est dévolue, et de faire sentir leur influence. Eux aussi aiment à être sollicités.

— J'avoue que je ne comprends guère le plaisir qu'ils y peuvent trouver. Rien ne me semble devoir être plus ennuyeux.

— Cela vient peut-être de ce que vous ne l'avez jamais été. Mais vous reconnaîtrez bien qu'il est toujours agréable de rendre service.

L'analogie des saillies papulo-pustuleuses de notre malade avec l'acné est complétée par ce fait que toutes se sont développées au niveau d'un poil, ainsi que l'observation directe et l'examen microscopique nous l'ont démontré. Il est encore digne de remarque que les dimensions des éléments éruptifs paraissent en rapport avec la plus ou moins grande épaisseur de la peau; d'autre part, plus ces saillies sont larges, et plus l'auréole qui les circonscrit se rapproche au début de la rougeur inflammatoire. A première vue, en regardant cette éruption, on était frappé de l'idée d'une variole; mais cette hypothèse n'était pas soutenable, en présence de la longue évolution du désordre cutané, de ses caractères mêmes, et du manque absolu de fièvre. D'un autre côté, la généralisation et le siège de cette éruption nous empêchaient de nous attarder à l'idée d'une affection acnéique, Il nous parut donc tout de suite qu'il s'agissait, en réalité, d'une syphilis secondaire, de la variété décrite sous le nom de *syphilide acnéique* ou *acnéiforme*, et nous fûmes ainsi conduits à rechercher l'état du système ganglionnaire et la porte d'entrée du mal.

Or, cet homme nous était amené par sa femme qui ne présentait aucun soupçon de syphilis. D'autre part, en palpant les aines de notre malade, on pouvait s'assurer que les ganglions inguinaux était normaux; les organes génitaux n'offraient aucune trace d'un accident primitif. Au contraire, à la région postérieure du cou, au-dessous de la ligne courbe occipitale inférieure, à droite, il existait un petit ganglion indolore, arrondi, ferme et légèrement mobile; mais c'était surtout sous la moitié droite de la mâchoire inférieure que l'altération ganglionnaire était manifeste. A ce niveau, on apercevait à distance une tuméfaction qui déborde le maxillaire; au toucher, on sentait que cette tuméfaction était constituée par un ganglion du volume d'un gros marron, ferme, résistant, légèrement élastique, moins fortement induré que le ganglion de la nuque; quelques ganglions beaucoup moins volumineux formaient cortège au précédent. A gauche, rien de semblable.

La constatation de cette adénite levait tous les doutes. Il s'agissait cer-

---

— Ah! voilà que vous replacez les choses au point de vue de l'agrément. S'il est agréable de rendre service à un solliciteur, n'est-il pas pénible d'en éconduire vingt?

— Non, car on les éconduit avec des promesses pour l'avenir et en se faisant un mérite à leurs yeux des efforts qu'on est censé avoir tentés en leur faveur. L'insuccès n'a pas dépendu de soi; on avait à lutter contre de trop puissantes influences; on sera plus heureux une autre fois, etc., etc. Et le pauvre blackboulé ne tarde pas à recommencer ses démarches et à garnir, comme naguère, l'antichambre de son bienveillant protecteur.

— Remarquez, dis-je, que les raisons que vous venez d'exposer contre la réforme de l'inspectorat s'appliquent à toutes les réformes, et que la conclusion de ce qui précède, c'est qu'on n'aurait dû jamais en obtenir aucune.

— Aussi n'en obtient-on jamais, reprit vivement mon interlocuteur, à moins qu'on ne les arrache. Voyez ce qui vous arrive: c'est en 1863, — il y a vingt-trois ans! — que les médecins libres ont commencé la campagne contre l'inspectorat. Les a-t-on assez amusés depuis ce temps? Leur a-t-on donné assez de futiles raisons? S'est-on suffisamment moqué d'eux?

— Que faut-il donc faire?

— Eh! il faut enfin perdre patience, faire du bruit, montrer les dents et casser les vitres. Il faut, avant toutes choses, que les médecins libres renoncent résolument à l'espoir de devenir inspecteurs. Il faut qu'ils s'engagent à repousser, s'il leur était offert, un titre contre lequel ils protestent.

BIU Santé

tainement de l'adénite chancreuse, de celle qui accompagne l'accident primitif, de la pléiade ganglionnaire avec le *ganglion planète* à son centre. L'altération du ganglion cervical, au contraire, était le fait de l'adénopathie secondaire.

Il fallait donc chercher la trace du chancre dans le territoire lymphatique du ganglion sous-maxillaire. Les lèvres et la bouche étaient intactes. Mais le malade était sourd, et sa femme nous annonça qu'il avait été récemment soigné pour cette surdité; je lui demandai alors s'il avait subi le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et à quelle époque. La réponse fut affirmative sur le premier point; pour ce qui est du second, il indiqua les premiers jours de novembre.

La durée d'incubation de la syphilis étant d'environ un mois, et les accidents secondaires se montrant en général six semaines ou deux mois après l'apparition de la lésion initiale ou chancre, il nous fallait, pour pouvoir affirmer la contamination par la sonde d'Itard, une correspondance de dates. Or, le malade s'étant aperçu de son éruption le 16 décembre, cette correspondance n'avait pas lieu. Mais, en nous rapportant aux ordonnances qui lui avaient été délivrées, nous pûmes constater que la première consultation donnée à notre malade était du 5 septembre. Ses souvenirs se précisèrent alors, et il nous affirma que ce fut huit jours plus tard, c'est-à-dire le *13 du même mois*, qu'on le sonda pour la première fois. Un second cathétérisme pratiqué dans les premiers jours de novembre donna lieu à un écoulement sanieux et sanguinolent, et il y a lieu de croire que le point de départ de cet écoulement n'était autre que l'accident primitif, lequel aurait été inoculé lors de l'opération du 13 septembre.

Supposons, en effet, que la contamination se soit effectuée ce jour-là; le chancre syphilitique, dont l'incubation est d'environ un mois, a dû apparaître vers le 15 octobre, et par conséquent il était encore, vers le 15 novembre, dans sa période d'état. Quant aux accidents secondaires, survenant, en général, six semaines ou deux mois après le début du chancre, ils devaient apparaître dans le courant de décembre. Or, le malade et

---

Il faut, si les choses restent en l'état, dévoiler hardiment les motifs secrets qui perpétuent le *statu quo;* dire comment, dans beaucoup de cas, s'obtient le titre d'inspecteur. Il faut, en résumé, soulever l'opinion publique en lui montrant ce fait invraisemblable qu'il ne s'est pas encore trouvé un ministre assez républicain pour supprimer un privilège par cette seule raison, plus forte que toutes les considérations, que c'est un privilège. — M. L.

POTION ANTIDIARRHÉIQUE. — J. Simon.

Sous-nitrate de bismuth.....	4 grammes.
Laudanum de Sydenham.....	1 goutte.
Eau gommée.....	100 grammes.
Eau de chaux.....	10 —
Sirop simple.....	20 —

Mêlez. — Pour une potion à donner par cuillerées aux jeunes enfants atteints de dyspepsie compliquée de diarrhée. Lavements émollients et amidonnés. — Dans certains cas, on applique un petit vésicatoire volant aux creux épigastrique, et on fait des fomentations alcooliques chaudes, sur les membres inférieurs. — N. G.

---

sa femme, très affirmatifs sur ce point, disent les avoir aperçus le 16 décembre. La concordance des dates est donc parfaite. D'un autre côté, le malade déclare que le ganglion sous-maxillaire, ou ganglion chancreux, était antérieur à l'éruption. Tous les renseignements que nous avons recueillis se trouvent donc plaider pour la transmission de la syphilis par le cathétérisme de la trompe, opéré le 13 septembre.

Les faits de ce genre ne sont pas extrêmement rares. Dans les années 1864 et 1865, il y eut à Paris une petite épidémie de vérole due à la négligence d'un praticien qui entr'autres spécialités avait celle de transmettre la syphilis par la voie nasale. MM. Lailler, Gubler, Vigla, Hillairet, Bucquoy, Laboulbène et quelques autres médecins virent des malades ainsi contagionnés, et apportèrent un nombre respectable d'observations à la Société médicale des hôpitaux (1). Depuis, peu de faits analogues ont été rapportés; peut-être ont-ils échappé à l'attention des médecins. Il y a lieu, cependant, d'y songer dans tous les cas de syphilis récente, si l'accident initial vient à faire défaut.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache n'est pas la seule opération qui puisse transmettre la syphilis, celui de l'urèthre doit vraisemblablement produire le même résultat, seulement les auteurs sont muets sur le sujet, et il est vrai de dire que ce cathétérisme ne se pratique généralement pas comme le précédent, d'une façon successive, sur un grand nombre de personnes à l'aide du même instrument, et que le siège du mal éveille toute autre idée que celle d'une opération.

Le type de ce mode de contagion, qu'on pourrait appeler *contagion opératoire,* se trouve dans la syphilis vaccinale. Ce danger de la vaccination a été dès longtemps entrevu; et si, à l'époque où Depaul fit son rapport à l'Académie de médecine, quelques médecins doutaient encore de la réalité de ce contage, aujourd'hui on possède plus de 300 observations irrécusables. Ce n'est pas la lymphe vaccinale, recueillie sur un sujet syphilitique, qui est l'agent de la contagion, c'est le sang qui s'y trouve mêlé, quand la lancette a pénétré trop profondément. D'où ce précepte de ne jamais vacciner qu'avec de la lymphe parfaitement claire et limpide, surtout quand on connaît mal l'état de santé du vaccinifère (2).

On a également cité, comme pouvant transmettre la maladie, un certain nombre d'autres petites opérations usuelles. Mentionnons l'application des ventouses scarifiées, la circoncision — surtout dangereuse à l'époque où l'on appliquait à la lettre le rit hébraïque, — la saignée, les greffes épidermiques, l'excision de végétations vulvaires, l'incision d'un petit abcès ou d'un furoncle. Une dernière opération chirurgicale, qui, après être tombée en désuétude, tend à rentrer aujourd'hui dans la pratique usuelle, la transplantation des dents, paraît avoir servi quelquefois à la transmission de la syphilis, malgré l'avis contraire de Hunter.

Ainsi le médecin, appelé à se servir des mêmes instruments sur plusieurs personnes successivement, ne saurait prendre des soins de propreté trop minutieux. Après chaque opération, il doit plonger l'instrument dont il

(1) Voy. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* année 1864, sér. 2, t. I, p. 209, 213, 231, et sér. 2, t. II, année 1865, p. 134 et 136. — Comp. Ed. Fournié : *Gaz. hebdom.*, 1863, p. 426. — E. Coutagne : *Ibid.*, 1866, p. 283, et *Gaz. méd. de Lyon,* 1er mars 1866.

(2) Voy. Lancereaux : *Traité historique et pratique de la syphilis,* 2e édit. Paris, 1873, p. 499.

vient de faire usage dans un liquide désinfectant, acide phénique ou sublimé, le faire essuyer et nettoyer scrupuleusement et dans quelques cas même le flamber. Les spéculums, les laryngoscopes, les abaisse-langues, doivent être particulièrement surveillés à cause de l'extrême fréquence des plaques muqueuses de la vulve et de la gorge.

Ce qui est applicable à la profession médicale l'est également au métier de dentiste et même à celui de coiffeur. On peut à juste titre, chaque fois qu'on sort de chez son dentiste ou de chez son coiffeur, être pris de l'inquiétude d'une inoculation syphilitique. La bouche est en effet le réceptacle habituel des plaques muqueuses, et le cuir chevelu présente assez ordinairement des éruptions secondaires suintantes, et partant inoculables. Supposez un coiffeur passant sur votre tête un peigne qui vient de servir à un syphilitique atteint d'une éruption du cuir chevelu, et vous comprendrez avec quelle facilité les dents de cet instruments imprégnées de virus pourront vous inoculer la maladie. Dentistes et coiffeurs devraient donc être tenus de ne se servir que d'instruments rigoureusement propres ; et, puisqu'il est difficile qu'ils aient des instruments spéciaux pour chacun de leurs clients, on pourrait veiller à ce qu'il existe chez chacun d'eux des solutions désinfectantes, et surtout à ce qu'ils s'en servent.

BIBLIOTHÈQUE

DES INFLUENCES MODIFICATRICES DE L'ORGANISME DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA MALADIE, par M. le docteur Gabriel ANDRIEU. — Paris, 1885, Lecrosnier.

Les thèses de pathologie générale sont rares; celle-ci occupe donc une place à part parmi les dissertations inaugurales de l'année 1885. Elle a été inspirée, sans nul doute, par M. Bouchard. En tout cas, son auteur a subi l'heureuse influence des idées défendues magistralement par le savant professeur. En effet, M. Andrieu s'efforce d'établir le rôle exercé sur l'organisme par le milieu extérieur : la température, la lumière, l'électricité, la vapeur d'eau, l'altitude, la pression barométrique, les vents, le sol; en un mot, les agents telluriques et atmosphériques. Ces influences modificatrices de l'organisme ne sont pas les seules; il faut tenir compte du milieu intérieur, de sa résistance et de sa vulnérabilité. M. Andrieu s'efforce de le faire en donnant un aperçu des phénomènes en rapport avec la nutrition retardante et les diathèses, les maladies infectieuses, et avec l'auto-intoxication de l'organisme par lui-même au moyen des poisons qu'il sécrète. Ce domaine était vaste, et c'était presque une œuvre téméraire, que de grouper tous ces faits dans le cadre restreint d'une thèse inaugurale. M. Andrieu l'a essayé avec quelque succès. Son mémoire mérite donc la lecture de tous ceux qui s'intéressent à ces problèmes de pathologie générale et, ajouterais-je, de philosophie médicale. Il le mérite d'autant mieux que, dans aucune page, la plume de l'auteur ne trahit sa pensée. — C. E.

PRÉCIS DE MÉDECINE LÉGALE, par M. le docteur Ch. VIBERT, avec une introduction par M. le professeur BROUARDEL. — Paris, 1886; J.-B. Baillière.

Cet ouvrage a été écrit dans un but pratique et conçu selon un plan nouveau. Il aura donc place à côté des traités complets sur la médecine légale : de Briand et Chaudé, de Taylor et de M. Legrand du Saulle.

En effet, M. Vibert s'inspire des enseignements de M. Brouardel, son maître, pour reconnaître la nécessité de ne plus demander à l'expert les qualités d'ailleurs introuvables d'un médecin encyclopédiste. Cependant, il doit, dans sa carrière judiciaire, interroger les diverses sciences médicales; la pathologie, dans ses diverses parties, l'anatomie pathologique, l'histologie, la physiologie, la chimie et d'autres connaissances

dont l'étude n'est fructueuse qu'à la condition d'être spécialisée. Si cette omniscience est un mythe, par contre la notion de ces lacunes nécessaires dans l'éducation médicale de chacun n'est pas inutile. L'expert qui en a conscience n'hésitera donc pas à en appeler « aux lumières » plus spéciales d'autres savants. Aussi, écrit M. Brouardel, au seuil même du livre de son élève — « il n'y a déshonneur pour aucun de nous à déclarer « dès que nous sommes commis et que nos connaissances propres sont insuffisantes « pour procéder à l'une des parties de l'expertise et que nous demandons l'adjonction « de tel confrère ou de tel savant désigné par ses recherches spéciales. »

L'ouvrage actuel donne tous les renseignements indispensables à la pratique courante de la médecine légale; mais il diffère des autres livres parce qu'il n'est pas une encyclopédie. — Il sera donc utile pour les médecins légistes par nécessité ou par occasion. C'est ainsi que M. Vibert expose les indications à remplir dans les constations, la forme du rapport, et le rôle de l'expert pendant le cours de l'instruction ou des assises. La première partie traite des attentats à la vie et à la santé, des autopsies médico-légales, de la mort subite et des blessures par accidents de chemins de fer; la seconde a pour objet les questions relatives à l'instinct sexuel et à la génération; la troisième est consacrée à l'identité et la q uatrième à l'aliénation mentale.

La toxicologie reste en dehors de ce programme, car elle est du domaine de la chimie et de la physiologie, et par conséquent exige des connaissances étrangères à la pratique courante de la médecine légale.

On le voit par cette succincte analyse, le précis de notre confrère mérite le nom de *vade-mecum* du médecin légiste. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Cinq cas de méningite cérébro-spinale, par Mason. — La symptomatologie de ces cinq faits, donnée en détail, ne prête à relever que l'invasion *foudroyante* dans un cas, où le patient, un homme vigoureux de 21 ans, fut pris, à table, d'accidents qui ne se révèlent d'ordinaire, avec cet ensemble et cette gravité, qu'à une période avancée de la maladie. Température subnormale dans un autre cas. Deux décès. Il recommande les injections sous-cutanées d'apomorphine qui remplit la double indication d'évacuant et de calmant, sans préjudice, d'ailleurs, de l'opium, de l'atropine et du bromure de potassium. La méningite cérébro-spinale n'est relevée que de loin en loin dans l'histoire médicale des Etats-Unis; ce n'est que de ces toutes dernières années qu'elle figure par des chiffres croissants au nombre des maladies endémo-épidémiques éprouvant les villes américaines. Presque toute l'histoire du typhus méningitique, conclut l'auteur, est l'œuvre des médecins français. (*The Boston med. and chir. J.*, 1884, p. 121.)

Traitement de la syphilis par le sublimé à l'extérieur, par Detmold. — Le point de départ de ces essais remonte à un cas dans lequel l'intolérance du mercure, sous toutes les formes classiques, semblait devoir conduire à une abstention absolue. Detmold eut l'idée de prescrire des frictions sur les membres, matin et soir, avec une solution composée d'une demi-once d'eau et d'un grain de sublimé. Le résultat dépassa toute attente. Detmold n'emploie plus d'autre mode d'administration. Il n'y a jamais de salivation ni d'irritation cutanée locale. Rarement on a observé des crampes d'estomac après un usage prolongé. Il y a quelquefois une légère décoloration des ongles, due sans doute à la petite manœuvre de la friction. (*Id.*, p. 205.)

Epithélioma de l'estomac et du côlon, par J.-H. Packard. — Homme de 47 ans, qui avait pu continuer jusqu'à ces derniers mois un travail pénible. Pas de syphilis; aucun cancéreux dans sa famille. Il a commencé par avoir des digestions difficiles, puis a perdu l'appétit et ressenti une douleur dans la région de l'estomac, où une tumeur s'est montrée. Cette tumeur, qui siège à gauche de l'ombilic, a la grosseur d'une orange. Constipation, amaigrissement. Sous l'influence du traitement, il a repris des forces et de l'appétit, puis a décliné, et comme la tumeur semblait très mobile, on a pensé pou-

©BIU Santé

voir intervenir, et le malade est passé en chirurgie. L'opération n'a pu être terminée à cause d'adhérences compromettantes. La plaie abdominale s'est cicatrisée par première intention. Le malade, qui s'était d'abord amélioré, a succombé deux mois après. A l'autopsie, épithélioma du pylore et du côlon transverse ; communication des cavités ; envahissement du péritoine pariétal adhérent. (*Id.*, p. 371.)

Le coryza des roses, par Ziem. — Mackenzie a prétendu qu'il existait des personnes chez lesquelles l'odeur de la rose ou sa simple présence déterminait des accidents analogues à ceux de la fièvre de foin, qu'on appelle quelquefois en Amérique, la fièvre des roses. C'est évidemment le pollen qui est l'agent pathogène. On rappelle que Broussais dut interrompre ses études de botanique par suite d'une semblable idiosyncrasie. Hünerwolff a rapporté l'histoire d'un malade chez lequel l'odeur de la rose déterminait immédiatement une attaque de coryza aigu. Mackenzie a cité une observation semblable ; la dame qui en était le sujet, n'ayant pu s'affranchir de cette susceptibilité, avait dû finir par bannir les roses de ses parterres.

Le malade de Ziem, un homme de 28 ans, venait le consulter pour une tuméfaction du visage, le reprenant par accès et occupant plus particulièrement les paupières des deux côtés. Il arrivait même qu'il eût des difficultés à ouvrir les yeux, les globes soumis d'ailleurs à une tension douloureuse. Le patient avait eu tout récemment un accès de cette nature ; il existait encore de l'œdème des paupières supérieures. L'examen des yeux ne révéla rien d'anormal ; mais, dans les fosses nasales, la muqueuse recouvrant les cornets était violemment congestionnée. Le malade, interrogé de plus près, déclara que ses accès s'accompagnaient d'une abondante sécrétion muqueuse du nez et de la gorge, et qu'il y était sujet depuis plusieurs années, du mois de juin à la fin de l'automne, ce qui avait coïncidé avec son entrée dans un établissement de fleuriste. Il attribuait spontanément ces accidents à l'atmosphère chargée de l'odeur de la rose, dans laquelle il vivait ; pendant tout l'hiver et le printemps, il était tranquille, parce qu'on ne reçoit que des roses d'Italie auxquelles le transport a fait perdre une grande partie de leur parfum.

On n'obtint rien du traitement le plus énergique (cautérisation actuelle de la muqueuse nasale) parce que le malade continuait à habiter le même milieu. Les accès disparurent aussitôt qu'il quitta la maison. Le patron, sujet de même au coryza pendant toute la saison des roses, ne parvient à s'y soustraire qu'en fuyant le plus possible le local dangereux. (*Mon. Schrift. f. Ohrheilk., etc.*, 1885, XIX, 6, *et Schmidt's Jahrb.*)

R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1885.

La découverte d'un *signe de la mort* de facile observation a toujours été la préoccupation d'un certain nombre de bons esprits. En rappelant le suivant, M. Lessenne obtiendra sans doute leur reconnaissance. En tout cas, ce signe a le mérite de la simplicité et consiste à piquer la peau avec une aiguille et à examiner cette place qui, sur le cadavre, restera béante, et sur le vivant, et en l'absence d'un écoulement sanguin ne laisserait pas de traces apparentes. Un des collègues de M. Lessenne a rappelé que Broca parlait de ce phénomène dans son enseignement et en signalait l'utilité pratique à ses élèves.

Une autre question revenait aussi à l'ordre du jour de la savante Société amiénoise avec une autre communication du même auteur, celle de l'*aphasie*, dont M. Peaucellier a publié dernièrement un remarquable exposé critique dans la *Gazette médicale de Picardie*. L'aphasique de M. Lessenne était exempt de paralysie musculaire au moment où il fut atteint d'agraphie et d'aphémie. Il avait perdu le souvenir des mouvements qui concourent à l'articulation des sons. Le lendemain, il est vrai, l'hémiplégie se manifestait

avec son cortège symptomatologique habituel. Cette observation montre une fois de plus les différences existant entre les faits cliniques et les descriptions nosologiques.

Les *lésions graves des orifices et des valvules du cœur, sans production de bruits anormaux*, dont M. Padieu entretenait ses collègues, en est une autre preuve. A l'autopsie, il avait trouvé un rétrécissement serré des orifices mitral et tricuspidien et des végétations déformant la valvule tricuspide. Ces lésions ne répondaient guère aux symptômes constatés durant la vie, puisque M. Padieu avait remarqué l'absence de ralentissement du pouls, de tendance aux syncopes et de bruits anormaux. Par contre, il avait noté une hypertrophie cardiaque nettement caractérisée et des troubles pulmonaires qui lui firent porter le diagnostic d'infiltration tuberculeuse généralisée et de gêne de la circulation pulmonaire avec dilatation hypertrophique du cœur sans lésion orificielle. Ce fait témoigne une fois encore de la difficulté qu'il y a parfois à reconnaître des cardiopathies valvulaires, en tenant compte seulement des signes classiques. M. Padieu a terminé avec raison cette communication par une réflexion dont la sagesse mérite les méditations de certains cliniciens dont l'infaillibilité ne serait jamais en défaut. Il ajoute, en effet : « La confession des erreurs est souvent plus utile que l'exposé des succès. »

D'intérêt aussi pratique sont encore les deux observations de M. Lémeré (de Conty) : l'une de *métro-péritonite puerpérale;* l'autre de *fièvre puerpérale*. Notre confrère en conclut contre la théorie de la contagiosité de la fièvre puerpérale. Pourtant, malgré l'appui de Stoltz, cette doctrine ne saurait être invalidée par deux faits isolés, quel que soit le talent de leur observateur auquel je rends bien volontiers hommage.

Durant ce trimestre, les communications relatives à la médecine opératoire ont été nombreuses : M. Padieu a fait connaître un cas de *tumeur fibro-kystique volumineuse de la lèvre supérieure*, dont l'origine était vraisemblablement l'une des glandes à mucus; M. Herbet a donné le récit d'une *ovariotomie;* M. Legoux, du traitement d'une *plaie de tête avec issue de la substance cérébrale*, heureusement traitée par le pansement ouaté; enfin M. Bernard a présenté un *kyste acéphalo-cystique du cou*, tumeur à siège insolite, les kystes de cette nature étant habituellement viscéraux.

Après les chirurgiens, les tératologistes trouveront aussi profit dans les travaux de nos distingués confrères d'Amiens, où M. Gouilleux (de Corbie) rapporte un cas de *malformation congénitale* et M. Verrier (de Molliens-Vidame) décrit *deux fœtus monstreux*. On le voit, la médecine picarde progresse dans toutes ses branches, et, dans ses quatre trimestres, l'année 1885 lui aura été aussi honorable que féconde. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Rapport sur un cas de fracture ancienne avec enfoncement, accès épileptiforme suivi de guérison après trépanation ; discussion. — Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat en 1885 par M. Terrier. — Présentation de malade atteint de fracture transversale de la rotule; consolidation par un cal osseux (?). — Présentation d'appareil pour la contention des hernies ombilicales.

M. Poulet (du Val-de-Grâce) met sous les yeux de ses collègues une série de préparations destinées à montrer los caractères différentiels des corps étrangers articulaires, suivant qu'ils sont de nature pathologique ou traumatique.

M. Terrillon, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la présentation, par M. le professeur Trélat, d'un instrument de M. Paul Segond destiné à assurer la solidité des ligatures élastiques, met sous les yeux de ses collègues un petit appareil qu'il a fait fabriquer l'année dernière par M. Mariaud et qui lui paraît atteindre le même but.

M. Pozzi rappelle qu'il a, le premier en France, préconisé la ligature élastique pour

les pédicules utérins après l'hystérectomie (novembre 1883, Société de chirurgie). Depuis cette initiative, son emploi s'est considérablement généralisé dans notre pays.

M. Lannelongue offre en hommage un volume contenant les *Leçons sur la coxo-tuberculose* qu'il a professées en 1885 à la Faculté, et qui ont été recueillies par M. le docteur Ménard, chef de clinique de la Faculté.

— M. Championnière fait un rapport sur une opération de trépanation pratiquée par M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, pour un cas de fracture du crâne ancienne avec enfoncement, accès épileptiforme et suivie de guérison.

Le sujet de cette observation est un homme de 30 ans entré à l'hôpital Laënnec le 14 septembre 1885, pour s'y faire traiter de maux de tête très violents et d'accès épileptiformes qui le tourmentaient depuis deux ans environ. Il avait eu, en 1881, dans un accident de chemin de fer, une plaie du cuir chevelu avec fracture du crâne; cette blessure fut pansée simplement, sans intervention du côté du squelette, et la cicatrisation incomplète laissa au centre une fistule qui donna du pus pendant deux ans et se tarit vers la fin de 1883.

Depuis le commencement de mai 1885 jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 14 septembre, le malade a eu quatre crises de douleur avec perte de connaissance durant environ un quart d'heure et s'accompagnant de contracture du membre supérieur droit. Or, la cicatrice consécutive à la plaie de tête siège sur le côté gauche du crâne à l'union du frontal et du pariétal gauche.

Au moment où M. Routier prit le service de M. Nicaise, les douleurs étaient tellement vives que le malade ne dormait plus, était comme hébété, passant ses journées la tête enfouie dans ses oreillers. Il réclamait énergiquement une intervention qui le débarrassât de ses douleurs.

La trépanation fut pratiquée le 17 novembre, avec toutes les précautions antiseptiques, pansement de Lister, drainage, etc.

Depuis cette époque, le malade se trouve très bien, n'a plus la moindre douleur et demande à reprendre son service d'employé à la Compagnie du chemin de fer de l'Ouest.

A ce fait très probant en faveur de la trépanation, M. Championnière croit devoir ajouter l'observation suivante dont il présente le sujet.

Il s'agit d'une fracture du crâne ancienne (vingt-six ans), avec phénomènes douloureux et accidents cérébraux graves guéris par la trépanation, chez un individu qui, à l'âge de 14 ans, avait fait du haut d'un arbre une chute, ayant déterminé une fracture du crâne avec déformation considérable à l'union de l'occipital et des pariétaux.

M. Championnière prescrit d'abord le bromure de potassium à dose élevée qui ne produit qu'une amélioration passagère; puis, les douleurs et les autres phénomènes augmentant, il se décide à pratiquer l'opération. Le 15 octobre 1885, deux couronnes de trépan sont appliquées au voisinage de la cicatrice. On ne trouve rien qu'un certain degré d'adhérence de la dure-mère à l'os.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Le 30 octobre, au quatrième pansement, la plaie était complètement cicatrisée. Les douleurs, la sensibilité de la région, les vertiges n'ont plus reparu depuis cinq mois que l'opération a été pratiquée.

Au niveau de la plaie opératoire, il y a une dépression considérable où le doigt pourrait être enfoncé. Malgré cela, on ne sent aucun battement du cerveau.

Ce fait, rapproché de celui de M. Routier, montre la facilité de l'intervention et une innocuité telle, qu'il est permis de risquer l'opération, même si l'on craint un insuccès thérapeutique.

Pour sa part, M. Championnière croit fermement que la trépanation du crâne est une opération sans gravité, dont l'emploi devient de plus en plus rationnel.

M. Verneuil observe en ce moment un malade qui se trouve dans le cas des sujets opérés par M. Routier et par M. Championnière. A la suite d'une fracture du crâne par enfoncement survenue en 1878 et traitée par le relèvement incomplet de la portion enfoncée, le malade, qui n'avait d'abord éprouvé aucune douleur pendant plusieurs années, a été pris tout à coup de céphalalgie intense accompagnée de crises épilepti-

formes des plus graves avec perte complète de connaissance et phénomènes d'asphyxie imminente, qui ont fait craindre à plusieurs reprises une issue fatale. Jusqu'ici, les accidents ont pu être conjurés par les révulsifs et les dérivatifs : sangsues à l'anus, aloès, exutoire permanent à la nuque, etc. Mais M. Verneuil pense qu'il y aura lieu d'en venir à la trépanation, à laquelle le malade, malheureusement, s'est obstinément refusé.

M. Maurice Perrin ne voit pas qu'il y ait une de relation absolue de cause à effet entre la trépanation et la guérison des malades dont M. Championnière a donné l'observation. Chez deux blessés qui, pendant la guerre de 1870, avaient eu des fractures du crâne avec enfoncement par éclats d'obus, et qui avaient éprouvé, à la suite de ces blessures, des accidents épileptiformes des plus graves, M. Maurice Perrin a pu obtenir la cessation complète de ces accidents au moyen du bromure de potassium à doses élevées.

— M. Terrier, suivant son habitude, soumet à ses collègues la statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service de l'hôpital Bichat pendant l'année 1885.

Sur 223 opérations, dont plus de 100 sont sérieuses, puisque l'on compte parmi elles 25 ovariotomies, 5 hystérectomies par la voie abdominale, 4 hystérectomies par la voie vaginale, 2 opérations de Battey, 3 néphrectomies, 7 laparotomies exploratrices, 2 laparotomies pour ablation de kystes du foie et 2 amputations de cuisse (en tout 50 opérations très graves), il n'y a eu à enregistrer que 28 décès dont :

Un cancer de la langue et du plancher buccal, mort de pneumonie au huitième jour ; — un cancer du sein, mort d'accidents cérébraux vers le huitième jour, la température maxima avait été de 38°,5 ; — 2 hernies étranglées : l'une ombilicale, mort par le choc le soir même de l'opération ; l'autre inguinale, étranglée depuis quatre jours, mort au septième jour de péritonite suppurée subaiguë ; — 5 laparotomies exploratrices ayant déterminé la mort par péritonite. (Dans deux cas on avait enlevé des portions de cancer ; dans tous il s'agissait de tumeurs malignes de l'abdomen et du péritoine ; on sait que dans ces circonstances la moindre tentative d'intervention offre une grande gravité, malgré les précautions antiseptiques rigoureuses.) — 1 malade tuberculeux très avancé opéré d'uréthrotomie interne avec succès, mort un mois après de sa tuberculose ; — 7 ovariotomies (2 opérées sont mortes de péritonite suppurée, 2 d'hémorrhagie, 1 de néphrite avec albuminurie, 1 de péritonite chronique suppurée au vingtième jour, 1 de pleurésie avec épanchement énorme) ; — 4 hystérectomies (3 sont mortes de péritonite suppurée ; une opérée par M. Richelot était considérée comme guérie, lorsqu'elle fut prise au sixième jour d'étranglement interne vérifié par l'autopsie) ; — 1 malade ayant subi l'opération de Battey faite pour combattre les accidents produits par un fibrome énorme, a succombé à une péritonite ; — 2 hystérectomies vaginales ; mort par hémorrhagie avec péritonite consécutive ; — 2 néphrectomies (dans l'une, la malade est morte d'épuisement au dix-huitième jour ; dans l'autre pratiquée pour un rein mobile, il survint des accidents urémiques, le deuxième rein étant malade et atrophié) ; — 1 malade atteinte d'éléphantiasis de la grande lèvre ayant en outre des lésions rectales et un rétrécissement très accusé, morte de pneumonie double ; — enfin 1 amputé de cuisse pour une tumeur blanche due à une synovite tuberculeuse du genou, mort de tuberculose pulmonaire rapide.

« Comme on le voit, dit en terminant M. Terrier, sauf les cas de péritonite que théoriquement on peut considérer comme des lésions infectieuses, aucun de mes opérés n'a succombé à des accidents septicémiques, dans lesquels je fais rentrer l'érysipèle.

« D'ailleurs, dans toute l'année, je n'ai observé qu'un seul cas d'érysipèle par opération, chez un sujet entré dans le service avec une plaie soignée et déjà infectée ; cet érysipèle fut très bénin. »

— M. Desprès, par l'intermédiaire de l'interne de son service, présente un malade atteint de fracture transversale de la rotule, et guéri, dit l'auteur, par un cal osseux.

M. Richelot déclare qu'il existe une dépression transversale très nette sur la face antérieure de cette rotule, et que les membres de la Société qui viennent d'examiner le

malade sont d'accord avec lui pour trouver une mobilité transversale manifeste entre les fragments.

— M. Berger présente un appareil pour la contention des hernies ombilicales, et montre deux malades chez lesquelles cet appareil est appliqué.

MM. Terrier, Trélat, et Nicaise remarquent que ces deux hernies sont petites. Ils estiment que jusqu'à ce jour aucun appareil ne paraît capable de contenir les hernies ombilicales quand elles sont un peu volumineuses et que la cure radicale est la seule méthode à employer dans ces cas. — A. T.

COURRIER

Assistance publique. — Par décret en date du 2 mars 1886, le compte financier de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, pour l'exercice 1883, est réglé ainsi qu'il suit :

En recettes à la somme de.....	43,629,865 39
En dépenses, à celle de.....	44,515,551 97
D'où il résulte un excédent de paiements sur le recouvrements, de...	885,686 58

— Le roi d'Italie vient de conférer à M. Pasteur le grand cordon de l'ordre des saints Maurice et Lazare.

— Le conseil municipal de Bordeaux a voté, à l'unanimité, une somme de 5,000 francs pour l'Institut Pasteur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Penot (de Lyon) et Vaillandet (de Pin-l'Émagny); de MM. les médecins aide-majors de deuxième classe Dupré et Féau; de M. Robert, médecin en non-activité.

— Nous avons le chagrin d'apprendre que M. le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, vient de succomber à une fluxion de poitrine qui l'a enlevé en trois jours.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz (1er octobre 1886). — M. le ministre du commerce et de l'industrie, par une lettre en date du 27 février, a informé le président du Congrès de Biarritz que :

1° Il reconnaît l'utilité qui s'attache à cette réunion au point de vue des intérêts français et que pour lui donner un témoignage du très légitime intérêt qu'il lui porte, il confirme l'acceptation de la présidence d'honneur faite par son prédécesseur;

2° Qu'il allouera au Congrès une subvention aussi élevée que le permettra la situation des crédits inscrits au budget de son ministère;

3° Qu'il vient de demander à M. le président du Conseil d'inviter les gouvernements étrangers à désigner des délégués chargés de les représenter au Congrès de Biarritz.

Le Comité rappelle que, pour faire partie du Congrès, il suffit d'adresser une adhésion accompagnée d'un mandat sur la poste de 12 francs à M. le vicomte de Chasteignier, trésorier général du Congrès à Biarritz.

Les compagnies des chemins de fer français et des chemins de fer du nord de l'Espagne exigeant que la liste des adhérents au Congrès, auxquels la réduction de 50 p. cent sera accordée, leur soit soumise le *1er septembre au plus tard*, les adhésions parvenues ultérieurement ne pourraient jouir du même avantage.

Ecole de médecine d'Amiens. — Sont nommés : MM. Leuté, prosecteur; Farcy, préparateur de chimie; Leroux, préparateur de pharmacie, et Ségard, préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de MM. Haucellier, Pasquier, Delandre et Houriez, démissionnaires.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. GRANCHER : Un cas d'emphysème sous-cutané. — II. BIBLIOTHÈQUE : Endemia de la tenia solium en la Republica Argentina. — L'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique. — III. REVUE DES JOURNAUX : Des affusions froides dans le rhumatisme aigu. — Du nitrite de sodium dans les convulsions épileptiformes d'origine goutteuse. — IV. Sociétés médicales des départements : Société nationale de médecine de Lyon (4e sem. 1885). — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Paracelse et Van Helmont. — VIII. FORMULAIRE. — IX. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur GRANCHER.

Un cas d'emphysème sous-cutané.

Le 6 mars entrait dans le service de M. Grancher (salle Sainte-Geneviève n° 14) une petite fille de 4 ans, qui, guérie d'une rougeole depuis un mois, avait conservé une broncho-pneumonie. Outre les signes stéthoscopiques, une toux quinteuse et fatigante, sans être excessive, de la fièvre, quelques vomissements alimentaires, un amaigrissement modéré constituaient le tableau symptomatique actuel. En présence de cette enfant mal convalescente d'une maladie si souvent grave par ses suites, M. Grancher et son chef de clinique, M. Variot, se demandaient s'il n'y avait pas de la tuberculose sous roche, lorsqu'un incident tout à fait imprévu surgit.

Un jour la petite fille éprouva dans la région du cou une douleur subite et l'on y vit apparaître un gonflement qui s'étendit bientôt de proche en proche ; d'un côté la face devint bouffie, et de l'autre le haut des épaules se tuméfia. Cette bouffissure, cette tuméfaction augmentaient par les cris et les pleurs et, croissant à chaque minute, ou pour être plus exact, à chaque mouvement respiratoire, eurent bientôt défiguré la petite malade. Ses yeux étaient encore ouverts, mais le cou avait perdu absolument sa forme, il n'était plus représenté que par une sorte de large colonne supportant l'évasement insolite de la partie inférieure de la face.

La peau du cou était un peu chaude et rouge, particularité de quelque

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT (1)

IV

Van Helmont arrive un siècle après Paracelse, mais si la chronologie les sépare, il existe entre eux plus d'une communauté d'idées ainsi qu'un égal mépris pour la médecine ancienne. Paracelse, doué d'une énergie sauvage, a les emportements d'un tribun sans mesure; Van Helmont, quoique fougueux et superbe, montre plus de retenue, sa violence est d'un gentilhomme.

C'est en 1577, que Jean-Baptiste Van Helmont, seigneur de Mérode, de Royenborch, d'Oorchot, de Pellines, etc., vint au monde, à Bruxelles. Il était le dernier né d'une famille noble, et n'avait que trois ans quand il perdit son père. Destiné à une carrière en rapport avec sa naissance, il suivit, malgré sa mère, son irrésistible penchant pour l'étude; ses succès furent brillants à l'Université de Louvain. A dix-sept ans, on voulut le recevoir maître ès-arts, *magister artium*, mais il refusa ce titre par humilité, après s'être examiné sévèrement et reconnu qu'il ne savait que des mots. Quittant les écoles, n'acceptant pas un canonicat, il implore les lumières d'en haut sur le choix d'une car-

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 janvier, 13 février, 2 et 9 mars 1886.

importance. Au centre des parties tuméfiées, qui se limitaient au niveau des seins et des omoplates par de véritables boursoufflures, le gonflement était mou et dépressible, la main percevait uniquement une sensation de duvet ; mais, en déprimant profondément les téguments jusqu'à rencontrer la résistance de la paroi thoracique, on obtenait une sensation de fine crépitation qu'on trouvait aussi sur la limite des régions saines.

L'emphysème sous-cutané, car la nature de cette tuméfaction ne donnait pas prise au doute, alla croissant. La veille de la mort de l'enfant, l'occlusion des yeux par bouffissure des paupières était complète et l'infiltration gazeuse du tissu sous-conjonctival avait déterminé, par une sorte de kémosis aérien, la hernie des conjonctives entre les paupières globuleuses et saillantes. L'infiltration avait envahi les membres supérieurs jusqu'aux mains et les parties latérales du tronc, respectant les membres inférieurs et le petit bassin.

L'aspect de l'enfant avait alors quelque chose de monstrueux par suite du contraste entre la moitié inférieure du corps demeurée normale et la partie supérieure qui, molle et difforme, éveillait l'idée d'une poupée en baudruche soufflée.

Le diagnostic porté dès le premier instant avait été celui d'emphysème sous-cutané par communication de l'appareil respiratoire avec le médiastin ; mais le diagnostic de la cause de cette communication était demeuré en suspens, plusieurs hypothèses pouvant être agitées avec la même vraisemblance (ulcération de la plèvre médiastine par caverne ou granulation tuberculeuse, déchirure d'une vésicule d'emphysème sous-pleurale par effort de toux, etc.). L'autopsie vint bientôt trancher la question en révélant une pathogénie un peu insolite.

Le tissu cellulaire, mis à découvert par l'incision des téguments de la région moyenne du thorax, avait l'aspect de celui d'un animal de boucherie : ses mailles, élargies, étaient limitées par de larges tractus jaunâtres ; au-dessous se voyaient les muscles, rouges, nullement infiltrés d'air. Les deux poumons présentaient les lésions de l'emphysème, mais

---

rière. Peu satisfait des leçons de Martin del Rio, à l'Ecole des Jésuites, il s'applique à la lecture des Stoïciens et des Pythagoriciens, de Sénèque et d'Epictète ; il fut même tenté de se faire capucin. Puis, Van Helmont pensa au droit, mais les institutions des hommes lui parurent si fragiles ! L'œuvre de Dioscoride lui montra qu'on n'avait rien ajouté aux connaissances sur les vertus des plantes. Fuchs et Fernel ne le fixèrent point ; loin d'être entraîné par leur science résumant la pathologie et la thérapeutique, « subrisi mecum » dit-il. Enfin, Hippocrate le frappa, il apprit par cœur les Aphorismes, mais il resta moins instruit que jamais après avoir relu, annoté, Galien, Avicenne et plus de six cents auteurs grecs, arabes ou modernes. Remarquez, Messieurs, et cette indécision et cet insatiable désir de connaissances.

Craignant que l'art de guérir ne fût qu'une imposture, que les médecins fussent partagés entre l'incertitude et l'ignorance, Van Helmont, la face contre terre, implore de nouveau le ciel pour exercer avec profit sur ses semblables la charité dont il se sent animé à leur égard. Il a une vision qui le décide, et dans laquelle il reçoit l'ordre de se faire médecin.

Van Helmont se livra tout entier à la médecine avec l'ardeur d'un enthousiaste et la constance d'un fanatique. Reçu docteur à Louvain, en 1599, il visita les années suivantes, les Alpes, la Suisse, la Savoie ; de retour en 1602, il s'occupa sans relâche d'opérations chimiques. Après ce premier voyage, Van Helmont ayant donné la main à une jeune personne, dont il mit aussi les gants, fut atteint de gale pustuleuse ; il eut une très grande peine à s'en débarrasser, et il maudit les ressources insuffisantes de la

non à un degré excessif; celles-ci étaient surtout localisées au niveau des deux bords antérieurs où se dessinaient sous la plèvre des bulles de dimensions diverses, quelques-unes assez grosses. L'emphysème était lobulaire et interlobulaire.

Les adhérences inflammatoires qu'on avait pensé pouvoir s'être établies entre la plèvre médiastine et les organes du médiastin, de façon à provoquer une ouverture directe du poumon dans celui-ci par le mécanisme de l'ulcération tuberculeuse, n'existaient pas. Une rupture alvéolaire s'était bien faite au niveau du bord antérieur du poumon, mais sous la plèvre viscérale, sans que celle-ci se fût déchirée. Puis l'air s'était infiltré sous la plèvre dans le tissu cellulaire interlobulaire et périlobulaire le long des vaisseaux et des bronches, en suivant les espaces conjonctivo-vasculaires et lymphatiques. On voyait comme une sorte de chapelet, de boyaux d'aspect moniliforme constitué par les tractus conjonctivo-vasculaires, se rendant depuis les bulles d'emphysème sous-pleural du bord antérieur du poumon jusqu'au hile; puis de là l'air avait gagné la partie supérieure du médiastin, le cou et tout le tissu cellulaire de la face et du tronc.

Bien que ce ne soit pas là le processus habituel de l'emphysème sous-cutané par rupture du poumon, il en existe des exemples très nets dans Rilliet et Barthez.

L'autopsie montra, en outre, que l'enfant avait une broncho-pneumonie tuberculeuse, que le foie et les reins étaient infiltrés de tubercules. On eut donc moins de regret de n'avoir pu faire aucune thérapeutique utile.

Pourtant, la veille de la mort, une tentative avait été faite. M. Grancher, cédant aux instances de M. Variot, animé lui-même du désir bien naturel de montrer à la famille de l'enfant qu'on faisait pour la sauver tous les efforts possibles, consentit à pratiquer dans une des boursoufflures qui siégeaient au niveau des omoplates une ponction aspiratrice avec l'aiguille de l'appareil Potain, rendue rigoureusement aseptique. On ne pouvait sans doute espérer vider par aspiration tout l'air contenu dans le tissu cellulaire, puisque celui-ci se serait rempli à chaque inspiration nouvelle; on se

---

médecine galénique. Puis de nouveaux voyages en Espagne et en France succédèrent à ceux que Van Helmont avait déjà entrepris ; on le trouve à Londres, en 1604, où il est reçu avec distinction, il retourne dans sa patrie pendant l'automne de 1605. Débarqué à Anvers, Van Helmont soigne de nombreux malades atteints de fièvres malignes avec hydropisie ; à Bruxelles, il renonce à toute distraction, à tout plaisir, refusant des fonctions honorifiques auprès de plusieurs souverains, tout entier à ses travaux et visitant les pauvres et les prisonniers.

Un riche mariage avec Marguerite van Ranst, le fixa dans une propriété, à Vilvorde, près de Bruxelles. Là, vivant presque cloîtré dans son laboratoire, il s'occupait de chimie, de pyrotechnie, s'efforçant d'être philosophe par le feu, ainsi qu'il aimait à être appelé. Il guérissait, assure-t-il, des myriades de malades qu'il traitait gratuitement et avec des remèdes merveilleux composés par lui. Mais son premier ouvrage paru à Leyde en 1615, lui avait attiré la haine de ses confrères et des médecins galéniques; le retentissement des œuvres qui suivirent le mit en butte aux persécutions. Ses ennemis l'accusèrent de magie, il encourut la censure des autorités médicales, ses livres furent suspects d'hérésie. Van Helmont fut rigoureusement emprisonné pendant deux ans, de 1634 à 1636, et pendant sa captivité, il perdit deux fils atteints de la peste, sans qu'il obtînt de pouvoir les soigner.

Usé par le travail et par le chagrin, Van Helmont après une glaciale journée d'hiver éprouva une douleur thoracique et, frappé d'une fluxion de poitrine, il sentit qu'il approchait du terme fatal. Il dicta ses volontés à son fils et le chargea de recueillir ses

trouvait en présence de conditions semblables à celles d'un pneumothorax ouvert, qu'une ponction aspiratrice ne peut transformer en pneumothorax fermé. En introduisant l'aiguille, M. Grancher eut la sensation que celle-ci rencontrait des cloisons nombreuses et peu résistantes, et ne pouvait se mouvoir comme dans une cavité de quelque étendue, telle que l'eût été une véritable poche développée dans le tissu cellulaire et contenant une certaine quantité d'air qu'on eût pu vider. Ce fut à peine si une quantité de gaz appréciable s'écoula.

Cette tentative était d'ailleurs parfaitement légitime, ayant été pratiquée déjà par Ozanam et Roger.

Le nombre total des faits d'emphysème sous-cutané réuni dans la thèse de Leroux, en 1873, s'élève à 26 cas, tant adultes qu'enfants, hommes et femmes, accouchées et blessés, puisés, pour la plupart, dans les mémoires de Roger et Blache, *Archiv. de méd.*, 1863 (17 cas), d'Ozanam (16 cas), de Natalis Guillot. La cause la plus fréquemment signalée chez les enfants est la violence excessive des quintes de coqueluche.

Une particularité du cas observé à la clinique de M. Grancher est relative à l'aspect des téguments. La peau qui recouvre le tissu cellulaire infiltré d'air est d'ordinaire molle, blanche, souple, indolente; cependant, dans certains points, elle était, nous l'avons dit plus haut, un peu rouge, plus tendue, luisante et douloureuse. Cet aspect qui trahit un processus congestif, irritatif, a été signalé dans d'autres observations. On peut l'expliquer par l'irritation qu'un air impur, véhiculant des germes venus de l'atmosphère ou dont il s'est chargé en traversant une caverne tuberculeuse, peut causer sur le tissu cellulaire. Cependant on n'a jamais vu cette irritation aller jusqu'à la production d'abcès ou de phlegmons, probablement surtout parce que la mort du malade est arrivée auparavant.

Dans certains cas, la distension du tissu cellulaire par l'air a été assez considérable pour produire des décollements étendus des téguments et la formation de véritables poches sous-cutanées, qu'on a pu vider par aspiration. Ozanam a pu, dans un cas, faire l'analyse du contenu gazeux

---

ouvrages. La veille de sa mort, il écrivit à un de ses amis de Paris, prédisant sa fin dans vingt-quatre heures. Il succomba le 30 décembre 1644, à l'âge de 67 ans.

Son fils, François-Mercure Van Helmont, étudia la médecine et publia, outre les œuvres de son père, plusieurs ouvrages d'un style si bizarre et si obscur que Leibnitz assure que l'auteur ne se comprenait pas lui-même. Le portrait des deux Van Helmont se trouve, en tête de la seconde édition des *Œuvres* publiées par Elzévir. Les traits du père, ou de Jean-Baptiste, sont remarquables par leur fermeté et par le front proéminent avec les cheveux courts. Le fils a les traits moins accentués, les cheveux très longs.

V

Les appréciations sur Van Helmont et ses œuvres ont été nombreuses dans ces derniers temps. L'Académie royale de Belgique a mis au concours, en 1865, l'histoire de la vie et des écrits du grand médecin flamand. Je vous donnerai l'indication des mémoires ou éloges des panégyristes; je vous en recommande la lecture.

Van Helmont, tantôt violent, tantôt mélancolique, est incontestablement plus érudit, plus observateur que Paracelse; il vaut bien mieux comme homme, comme médecin; il aimait son art et les malades. Polémiste habile et démolisseur des anciennes doctrines, il n'est pas aussi heureux quand il cherche à édifier, car alors il rêve, il a trop souvent des idées extravagantes. A peine ai-je besoin de vous dire combien est fausse l'assertion de Guy Patin, en guise d'oraison funèbre : « Van Helmont était un méchant

d'une telle poche; il a constaté qu'il y avait, notamment, plus d'azote que dans l'air atmosphérique (90 p. 100), de l'acide carbonique en assez grande quantité, très peu d'oxygène et quelque peu d'hydrogène sulfuré. Il est intéressant de rapprocher cette analyse de celle du contenu gazeux des pneumothorax fermés. On sait que, dans ceux-ci, l'oxygène est absorbé assez promptement, de sorte que les proportions relatives d'acide carbonique et d'azote augmentent. Ces modifications résultent de l'affinité de nos tissus pour l'oxygène; toutes les cellules, aussi bien les cellules fixes du tissu conjonctif que les cellules mobiles du sang et de la lymphe, sont très avides d'oxygène.

Le point de départ de l'infiltration gazeuse qui constitue l'emphysème sous-cutané n'est pas toujours le poumon. Il peut quelquefois résider dans le pharynx, le larynx (dans certains cas de laryngo-typhus), la trachée ou les bronches; on l'a vu même survenir à la suite d'une ulcération du cæcum, qui avait mis la cavité de cet intestin en communication avec le tissu cellulaire. Cependant, le plus ordinairement, l'emphysème sous-cutané résulte d'adhérences de la plèvre costale à la paroi thoracique chez les tuberculeux, ou du même processus se portant du côté du médiastin, ou enfin du procédé pathogénique qui a été relevé chez la petite malade de la salle Sainte-Geneviève: rupture alvéolaire, infiltration gazeuse interlobulaire jusqu'au hile, puis dans la région du cou. Dans un cas exceptionnel, on a vu l'air s'infiltrer suivant le trajet des carotides jusqu'à l'arachnoïde et à l'encéphale.

Quel est le pronostic des infiltrations gazeuses dans le tissu cellulaire? Il existe des cas assez nombreux de guérison. Si l'infiltration est absolument généralisée, comme dans un cas cité par M. Roger, où une femme de 55 ans avait toute la surface du corps infiltrée d'air, sauf la paume des mains et l'extrémité du nez, le pronostic est probablement toujours fatal; mais, dans bon nombre de cas, on a vu la disparition de l'air infiltré s'opérer par résorption, sans abcès ni lésion consécutive. En réalité, le pronostic est subordonné à la lésion primitive qui a créé l'emphysème

---

pendard flamand qui est mort enragé depuis quelques mois; il n'a jamais rien fait qui vaille. J'ai vu tout ce qu'il a fait; il s'inscrivait fort contre la saignée, faute de laquelle, pourtant, il est mort frénétique. » La mort de Van Helmont, causée par une pleuro-pneumonie, a été absolument calme.

Je serai aussi bref que possible dans l'exposition des idées de Van Helmont; vous en trouverez le détail et les compléments dans les notices précitées et les ouvrages que j'aurai à vous signaler.

Les principes généraux, ou base du système, sont les suivants : Il y a partout, et aussi chez l'homme, la matière et l'efficient. L'agent ou l'efficient est la force séminale, principe supérieur, immatériel et occulte, jouant le rôle de bon et de mauvais génie. Van Helmont donne à cet être insaisissable le nom, déjà imaginé par Basile Valentin et employé par Paracelse, d'*Archée*, d'Architecte, ou de principe déterminatif, ou d'Aura, ou de Vulcain. La vie se résume dans l'âme sensitive, laquelle ayant reçu délégation de l'âme immortelle, répand ses facultés dans chaque organe. L'Archée est formé du souffle vital et du noyau spirituel; artisan des générations, il gouverne à l'aide d'archées subalternes émanant de lui comme les rayons lumineux d'un foyer de lumière. Le principe de la vie ou âme vitale a pour siège l'estomac, y demeure et dirige de là toute l'économie. Les archées des reins, du foie, de l'intestin, de la matrice sont tenus à l'obéissance, et leur révolte provoque de graves désordres. L'accord de l'archée de l'estomac avec celui de la rate constitue un duumvirat remarquable et soumis à l'âme vitale. Voyez combien Van Helmont, pour expliquer la vie et ses manifestations, a créé

BIU Santé

sous-cutané, et, dans le cas de l'enfant qui a servi de sujet à cette clinique, l'évolution tuberculeuse, consécutive à la rougeole ou accélérée par elle, ne laissait place à aucune chance de guérison. P. L. G.

BIBLIOTHÈQUE

ENDEMIA DE LA TENIA SOLIUM EN LA REPUBLICA ARGENTINA (Endémicité du tænia solium dans la République Argentine), par le docteur Benjamin DUPONT. — Buenos-Aires; E. Goin, 1885.

Dix années de pratique militaire et civile, et plusieurs centaines d'observations cliniques motivent ce mémoire et donnent à son auteur une incontestable autorité pour traiter cette importante question.

L'enquête de M. Dupont s'est étendue aux régiments argentins, aux diverses provinces de la République et aux tribus indiennes. Elle lui a permis de démontrer l'endémicité du tænia parmi les populations du pays et, avec ces nombreux documents, d'écrire une complète monographie de cet helminthe, dont il attribue la propagation endémique à la promiscuité des membres d'une même famille dans d'étroites habitations et à l'alimentation au moyen de la viande crue.

Cet ouvrage se termine par un chapitre de thérapeutique où après avoir discuté les avantages et les inconvénients des divers tœnifuges, M. Dupont expose les bons résultats de l'emploi des graines de courge dans sa pratique.

Ce mémoire possède donc le double mérite de l'originalité et de l'esprit pratique. Il aura certainement, auprès de nos confrères européens, le succès qu'il a déjà obtenu parmi les médecins américains et auprès du jury du concours national du cercle médical argentin. Ce sera justice. — Ch. E.

RECHERCHES SUR L'ÉLECTROLYSE ET LE TRANSFERT DES MÉDICAMENTS A TRAVERS L'ORGANISME PAR LE COURANT ÉLECTRIQUE, par le docteur BARDET. — Paris; O. Doin, 1885.

Ces expériences avaient pour but de démontrer l'impossibilité de la diélectrolyse à travers les tissus, et, par conséquent, les illusions de ceux qui prétendent l'utiliser au transport dans l'organisme des médicaments salins déposés sous la peau. Dans ce but, M. Bardet établit que les phénomènes d'électrolyse s'observent seulement dans

---

d'êtres dont les attributions sont plus ou moins déterminées. Il admet, en somme, que la santé a lieu et se maintient quand les archées secondaires obéissent à l'archée central placé à l'orifice cardiaque, et ordonnant, de là au pylore, d'ouvrir et de fermer la porte; tandis que, la discorde se produisant, les maladies arrivent et varient suivant le siège de l'archée révolté.

Au-dessous de l'Archée vient le *Ferment*, expression remarquable, à laquelle les théories parasitaires donnent en ce moment un attrait de curiosité et d'actualité. Mais, qu'est le ferment pour Van Helmont? C'est un être doué des facultés de la vie, empruntant sa puissance à la subtilité de ses atomes et transmettant lui-même l'influence vitale comme la lumière communique la lumière. Il y a autant de ferments que de digestions en nous. « Les ferments sont de la classe des formes et des semences, ils se sont séparés du commerce intime des qualités matérielles; s'ils s'associent quelque qualité de ce genre, c'est pour répandre plus facilement leur force vitale. » — « Un ferment, c'est ce qui convertit quelque chose en sa propre forme par sa vertu séminale. C'est ainsi qu'un peu de levûre de bière imprime son type à toute une masse de farine d'orge et la convertit en bière; puis, quand sa vertu s'est dissipée, cette bière redevient eau. »

Van Helmont dit encore : « Le ferment pousse quelquefois son entreprenante audace jusqu'à former une âme vivante... Ainsi s'engendrent des poux, des vers, des punaises, hôtes de nos misères, nés soit de l'intérieur même de notre substance, soit de nos excréments. » Nous sommes ici en pleine génération spontanée, poussée jusqu'à

un milieu chimique unique et que, les tissus organiques pouvant être considérés comme des solutions hétérogènes en continuité de contact par un septum perméable, la diélectrolyse à travers leur épaisseur n'existe pas. Ces conclusions infirmeraient donc les résultats expérimentaux de M. Brondel, et les conclusions plus anciennement formulées par MM. Onimus, Courserant et Spillmann. Ce recherches font honneur au laboratoire de l'hôpital Cochin dont notre confrère est le chef, et où, sous la direction de M. Dujardin-Beaumetz, une si vive impulsion a été donnée aux études de thérapeutique.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Des affusions froides dans le rhumatisme aigu. (*The British medical Journal*, 10 octobre 1885.) — Le docteur H. Fox, le distingué clinicien de Londres, écrit au périodique précité qu'un travail paru dans ce même journal, à la date du 26 septembre dernier, dans lequel le docteur Hackie parle de l'insuccès du salicylate et de l'acide salicylique dans certains cas de rhumatisme aigu, lui remet en mémoire un cas dont une brève mention ne saurait manquer d'intérêt. Il s'agissait d'un rhumatisant gravement atteint, chez lequel le salicylate de soude, de potasse, de quinine, la quinine, le colchique et tous les liniments, étaient restés impuissants à diminuer la fièvre et la douleur.

Le médecin traitant, désespéré d'obtenir aucun soulagement, eut l'idée de soumettre son malade à des affusions froides rapides à l'aide d'éponges. La peau était séchée rapidement. Le soulagement fut immédiat, et, au bout de six jours, le malade put regagner son logis à pied. Le docteur Beshara, auteur du procédé, écrit au docteur Fox que, depuis, dans deux autres cas, il a mis cette pratique en œuvre avec succès.

L'idée des affusions froides dans le rhumatisme n'est pas absolument nouvelle bien qu'assez rarement pratiquée. L'application de la méthode nécessite même un certain degré de courage de la part du praticien responsable; toutefois, ce moyen est bon à connaître, et pourrait, à l'occasion, être mis à profit dans les cas rares, mais désespérants, où les salicylates n'amènent aucun résultat. — L. Dn.

Du nitrite de sodium dans les convulsions épileptiformes d'origine goutteuse (*goût epilepsy*), par MORTIMER-GRANVILLE. (*The British medical Journal*, 10 octobre

---

l'absurde, car l'odeur d'une chemise sale engendrerait des rats dans un vase plein de froment. Van Helmont n'a pu soupçonner le rôle des schizomycètes, mais il tenait si fort à ses ferments qu'il s'écrie : « O Paracelse, pour avoir méconnu les ferments, tu as construit de grandes fables et méconnu les principes de la nature... Ce microcosme avec lequel tu t'amuses, t'a rendu ridicule aux yeux de la postérité. C'est par les ferments que nous triomphons du virus des ulcères, car tout ce qui arrive dans la nature se fait par une vertu qui est attachée aux semences... Nous n'avons en nous ni des fontaines de sel, ni des réductions de sang en métaux cachés, ni des minéraux lessivés qui deviennent la matrice des ulcères... Ces lois du microcosme ne nous sont pas plus applicables que celles des quatre éléments et des quatre humeurs des anciens avec leurs accords ou leurs discordes. »

Ce n'est pas assez pour Van Helmont de mettre partout un archée, sorte de Providence biblique, à la place des facultés naturelles de Galien ou de la fatalité des philosophes; il prodigue la vie, il voit d'autres agents : les Blas. Les idées séminales, dans tout le système du monde, sont, dit-il, le principe initial, excitateur de tout Blas des semences, des générations, des changements. « J'ai appelé Blas la force motive aussi bien que la force altérative parce qu'elle n'avait pas de nom. L'homme par le Blas volontaire, l'archée par le Blas idéal et séminal produisent des altérations diverses. L'agent séminal désordonné, au moyen du Blas étranger, produit comme par avortement un monstre qui est proprement la maladie. » (*Ignotus hospes morbus*, édition Elzevir, 1652, § 61-63, page 398.) Dans ce langage énigmatique, on devine que le blas

1885.) — Il s'agit ici des attaques d'épilepsie symptomatiques, d'origine goutteuse, analogues aux déterminations convulsives de l'encéphalopathie saturnine ou de l'encéphalopathie urémique. Cette *goût epilepsy* n'est, en effet, pas autre chose que le résultat de l'action excitante qu'exerce sur les grands centres nerveux un sang chargé à l'excès d'acide urique et d'urates. Ils sont la manifestation d'un véritable empoisonnement uricémique et le premier stade des accidents de la goutte cérébrale.

Dans ces cas, le diagnostic causal est généralement facile. L'auteur dit, dans ces cas, obtenir en ce moment des résultats extrêmement satisfaisants de l'emploi du traitement suivant :

Nitrite de sodium.....	2 gr. 50 centig.
Hippurate de soude.....	12 grammes.
Infusion de serpentaire.....	350 —

Deux cuillerées à bouche trois fois par jour.

La dose de nitrite de soude peut être augmentée de 5 centig. après chaque attaque convulsive survenant après le début du traitement. La potion devrait être continuée pendant des mois entiers en augmentant progressivement les doses de nitrite de sodium jusqu'à 15 grains par jour (3 gr.). Dans un certain nombre de cas récemment traités par cette méthode, les attaques ont cessé avant que la dose maxima du nitrite de sodium ait dû jusqu'ici excéder 10 grains (60 centig.)

S'il y a constipation ou un peu d'ictère pendant le cours du traitement, l'auteur donne, pendant plusieurs soirs de suite, jusqu'à amélioration, une des pilules purgatives suivantes :

Pilule avec : Iridin, 10 centig.; — extrait de cascara sagrada, 15 centig. — Pour une pilule. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Il fallait l'autorité de M. Diday pour fixer l'attention de ses collègues sur la *vaccination anti-syphilitique, ses moyens, ses sujets.* Ce n'est pas que notre confrère soit venu

altératif répond à une force nutritive, le blas moteur à une force motrice, et que les deux réunis sont le blas humain, par opposition aux blas des astres ou des forces planétaires.

(*A suivre.*) Prof[r] Laboulbène.

Sparadrap contre les ulcères des membres inférieurs. — Goureau.

Diachylon simple.....	50 centimètres de long.
Oxyde rouge de plomb (minium)....	2 grammes.

Saupoudrez le diachylon avec le minium et incorporez ce dernier. Ce sparadrap est recommandé pour le pansement des ulcères chroniques des membres inférieurs. On le découpe en bandelettes de 2 centimètres de large, et dont la longueur dépasse seulement de 2 centimètres les plus grandes dimensions de l'ulcère. On les chauffe légèrement à la lampe à alcool, puis on les entrecroise en sautoir, sur le milieu de l'ulcération, en allant de bas en haut et en les imbriquant. On obtient ainsi une caparace débordant l'ulcère dans tous les sens, d'un centimètre environ, et qu'on recouvre d'une forte couche de ouate. On cautérise les fongosités à l'aide du nitrate d'argent, avant d'appliquer les bandelettes. — Le premier pansement est levé le quatrième jour; le deuxième, le sixième jour; les autres sont renouvelés de huit en huit jours jusqu'à la guérison. Le repos est une condition favorable à la cicatrisation, sans être absolument indispensable.

N. G.

offrir une méthode nouvelle de vaccination : loin de là ; M. Diday s'inspire du procédé pastorien d'atténuation du virus rabique et voudrait l'adapter à la prophylaxie de la syphilis. Rien de plus louable, mais à coup sûr rien de moins certain dans notre ignorance sur la loi de l'atténuation des virus et en l'absence d'une méthode générale qui leur soit commune. Et puis, la méthode fût-elle trouvée, on se demande quels seraient les sujets disposés à solliciter cette vaccination. A cette question, M. Diday répond : les « jeunes gens qui entrent dans la carrière », — les nourrices et enfin les prostituées ! C'est déjà quelque chose, et cependant fort peu dans l'armée si grande des syphilisés !

M. Rollet doute de la réalisation de cette hypothèse ; mais, plus confiant dans l'avènement du futur vaccin, M. Aubert recommande de suivre la méthode de préparation du vaccin du farcin. En attendant un accord entre nos confrères lyonnais, la question reste dans le domaine du laboratoire et non de la clinique. Jusqu'à présent, la tentative de M. Diday se borne à des intentions, fort bonnes et surtout fort dignes de la reconnaissance des *syphiliphobes*.

Si le débat a été vif sur cette question, l'intérêt de la communication de M. Ollier n'était pas moindre. L'habile chirurgien lyonnais traitait de la *néphrectomie*, au point de vue des phénomènes réflexes *post opératoires*. Pendant l'opération même, on doit, dit-il, redouter le choc : mais ce danger n'est pas le seul. Par le pincement ou la section du plexus rénal, on peut aussi provoquer des phénomènes réflexes sur l'innervation vasomotrice ; pâleur ou rougeur de la face ; sur les sécrétions, sialorrhée ; sur la sensibilité ; douleurs de voisinage et douleurs à distance : ou bien sur la motilité : paralysie transitoire du membre supérieur gauche. Ces phénomènes sont graves et M. Ollier leur attribue la cause de la mort dans les premiers jours, plus souvent qu'à l'insuffisance de la sécrétion urinaire.

Une note aussi importante au point de vue physiologique qu'au point de vue anatomique, est celle de M. Renaut, *sur la moelle osseuse et le dispositif anatomique en rapport avec ses propriétés ostéogéniques*. Elle ramène les propriétés ostéogéniques de la moelle transplantée à une véritable simplicité, comme agent de la formation du tissu osseux dans l'ossification périvasculaire ou havérienne et comme l'organe actif de sa croissance. Les vaisseaux ossificateurs perfectionnent la matière même de la pièce osseuse, par l'édification havérienne. Après avoir amené ce tissu à l'état d'achèvement « ils le détruisent au voisinage du canal central en même temps qu'ils en reforment d'autre à la « périphérie. » — Ces idées ont une ampleur qui, à juste titre, méritait les applaudissements des auditeurs et des collègues de M. Renaut.

Une opération d'origine contemporaine, l'élongation, est encore peu connue dans les lésions lointaines qu'elle provoque. Sous la rubrique de *troubles de la moelle occasionnés par l'élongation sanglante du sciatique*, M. J. Teissier a étudié une moelle et les sciatiques d'un individu qui, deux années auparavant, avait subi l'élongation sanglante. Devenu tabétique, ce malade succomba à des embolies pulmonaires. A l'autopsie, on trouva d'une part les deux sciatiques notablement altérés, et en état de dégénérescence graisseuse, d'autre part, un resserrement de la moelle, en forme de sablier et avec dégénérescence scléreuse caractéristique de la région. Ces lésions suffiraient si elles étaient fréquentes pour mettre en défiance contre l'opération de l'élongation ; elles attendent leur justification d'autres faits semblables.

Les *injections uréthrales dans la blennorrhagie* ont été de nouveau mises en discussion par la lecture de M. Aubert. Cet observateur limite leur action à l'urèthre antérieur en les administrant à la dose modérée de 7 à 8 grammes, et au moyen de tubes minces de caoutchouc, du n° 10 de la filière Charrière et de 12 à 14 centimètres de longueur. Sur ce tube il monte un bec de seringue en laissant le méat ouvert ; ainsi, dit-il, « le liquide va nécessairement jusqu'au fond de l'urèthre antérieur et revient sortir librement par le méat. » En d'autres termes, cette injection est un lavage véritable de l'urèthre.

D'après M. Aubert, cette médication abrège la durée de la maladie sans causer ces accidents dont on accuse habituellement les injections uréthrales. Il est vrai que M. Diday

BIU Santé

ne partage pas cet avis. Il met en doute l'efficacité d'un tel lavage et refuse de comparer son action à celle des injections qui distendent le canal et y séjournent.

Enfin, voici une note de M. Ollier, sur des *résections intercostales* pratiquées pour des lésions pulmonaires, pleurales ou costales. Le succès a couronné ces tentatives de sorte que l'auteur en conclut : « à la possibilité d'aborder les foyers intra-thoraciques profonds, « même à travers une certaine épaisseur de poumon, à la nécessité, dans les cas de « grandes cavités, où la rigidité de la cage thoracique est un obstacle à la réunion, « d'enlever une large surface de la paroi osseuse sans ménager le périoste. »

L'habile chirurgien admet l'innocuité opératoire de cette intervention et l'excellence de son pronostic quand on met les parois à même de se rapprocher. Pour M. E. Tessier, l'indication opératoire ne vient qu'après l'échec de la ponction quand le kyste contient du pus sans corps étrangers et sans accompagnement de lésions osseuses. Pour M. Gayet, la résection costale serait moins dangereuse que la ponction suivie du lavage et du drainage. Les heureux résultats obtenus par M. Ollier confirment cette dernière opinion, et la note qu'il a lue à ses collègues, contribuera certainement à la faire partager.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. le professeur Grancher, pour la section d'anatomie pathologique; de M. le docteur Lagout (d'Aigueperse), pour le titre de membre correspondant;

2° Une note de M. Aubert, médecin-major de 1re classe, sur la désinfection des habitations privées à l'aide de l'acide sulfureux. (Comm. : MM. Proust, Gueneau de Mussy et Dujardin-Beaumetz.)

M. Proust présente, de la part de M. le docteur Queirel (de Marseille), un *Rapport sur l'assainissement de Marseille.*

M. Riche présente, de la part de M. le docteur Bachon, professeur à l'École de médecine de Reims, trois travaux, l'un sur les eaux potables de la ville de Reims, un second sur les falsifications, un troisième sur l'étude du lait normal et pathologique de la vache.

M. Lannelongue présente, de la part de M. le docteur Jullien, un exemplaire de la deuxième édition de son *Traité des maladies vénériennes.*

M. Vidal présente, de la part de M. le docteur Creuk, un travail sur la contagion de la lèpre.

M. Larrey présente un ouvrage en italien intitulé : *La musique et l'hygiène.*

M. Théophile Roussel donne lecture d'une lettre de M. le Président de la commission nommée par le Sénat pour faire une enquête sur la question de l'impôt de l'alcool, par laquelle l'honorable sénateur demande que l'Académie veuille bien examiner la question de l'alcool au point de vue de l'hygiène et donner son avis, dont la commission pourra faire son profit en vue de la prochaine discussion qui doit avoir lieu au Sénat.

A la suite d'un échange d'observations soulevées par la communication de M. Roussel, entre M. le Président, MM. Bergeron, Léon Le Fort et Lagneau, une commission, composée de MM. Bergeron, Maurice Perrin, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux, Gautier et Rochard, est nommée pour faire un rapport à ce sujet

M. Léon Labbé présente, de la part de M. le docteur Moure (de Bordeaux), un ouvrage intitulé : *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, avec figures dans le texte.*

M. J. Rochard présente, au nom de M. le docteur Thomasi (de Toulon), une *note sur la dégustation médicamenteuse*.

M. Armand Gautier donne lecture d'une note relative à la découverte de deux nouveaux alcaloïdes ou leucomaïnes, découverte qui donne une éclatante confirmation des théories qui l'ont guidé dans ses recherches sur la production des leucomaïnes chez les animaux.

L'un de ces alcaloïdes, désigné sous le nom d'*adénine*, découvert par M. Kossel, attaché à l'Institut physiologique de Berlin, a été retiré par lui du pancréas et de la rate; il existerait dans toutes les cellules animales et végétales; il présente cette particularité curieuse d'être isomère de l'acide cyanhydrique. La formule, en effet, est $C^5 H^5 AZ^5$, qui est exactement le quintuple de celle de cet acide.

L'adénine provient du dédoublement, à l'état physiologique, d'une substance albuminoïde complexe qui constitue surtout le noyau des cellules et à laquelle on a donné le nom de *nucléine*.

Le deuxième alcaloïde a été découverte dans la rate par M. Morelle, chef des travaux de physique de la Faculté de médecine de Lille et élève de M. Gautier. Des expériences physiologiques, faites avec l'aide de M. Laborde, sur des cobayes et des grenouilles, il résulte que cet alcaloïde est un paralyso-moteur doué d'une puissante action sur le bulbe, produisant des phénomènes asphyxiques et de collapsus ressemblant beaucoup à ceux de la septicémie.

M. Gautier annonce, en terminant, que M. Morelle doit continuer ses recherches sous sa direction. Il pense qu'elles contribueront certainement à éclaircir, d'une part, la grande question du rôle pathogénique de la formation et de la rétention dans l'économie de ces singuliers poisons; d'autre part, les recherches de M. Morelle pourront jeter un jour inattendu sur les fonctions encore obscures de la rate et des ganglions lymphatiques.

A une observation faite par M. Colin (d'Alfort), au sujet de l'*adénine*, M. Gautier répond que cette substance, quoique isomère de l'acide cyanhydrique, peut n'en pas avoir les propriétés physiologiques.

— A quatre heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Vallin sur les titres des candidats à la classe déclarée vacante dans la section d'hygiène; du rapport de M. Lannelongue sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national, deuxième division; du rapport de M. Panas sur les titres des candidats à la place de membre correspondant étranger, deuxième division.

COURRIER

Par décret, en date du 11 mars 1886, M. le docteur Navarre, conseiller municipal, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Michelin, qui a cessé de faire partie du Conseil municipal.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 mars 1886, M. le docteur Robinet, conseiller municipal, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, est nommé membre du Conseil de surveillance du Mont-de-Piété de Paris.

Institut Pasteur. — Dans la séance du lundi 22 mars, la Société médico-pratique a souscrit la somme de 100 francs pour l'Institut Pasteur.

— Le conseil municipal de Périgueux a voté une somme de 1,000 francs pour la fondation de l'Institut Pasteur.

— Le conseil municipal de la ville de Suresnes, sur la proposition de M. Frantz-Liouville, l'un de ses membres, vient de voter la somme de 100 francs, pour contribuer à la souscription de l'Institut Pasteur, et a décidé, à l'unanimité, qu'une de ses rues nouvelles porterait le nom de l'illustre savant.

Nécrologie. — Le 21 mars, une foule sympathique et recueillie assistait aux obsèques du docteur Okinczyc, décédé à Villepreux, à l'âge de 46 ans, après une courte maladie. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe : l'un au nom de la commune, par un membre du Conseil municipal, l'autre au nom de la Société des médecins de Seine-et-Oise, par le docteur De Fourmestreau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Hubert Bordet, chef des bureaux de l'Académie de médecine, décédé le 18 mars, à l'âge de 72 ans, et celle de M. le docteur Dezwarte, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Dunkerque, membre du Conseil municipal de cette ville, décédé le 22 mars.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berne, professeur de pathologie externe.

M. Poullet, agrégé, est chargé temporairement d'un cours de clinique obstétricale.

M. Sabatier, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Berne, d'un cours de pathologie externe.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Guillemin, docteur en médecine, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie en remplacement de M. René, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Dianoux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions.

Faculté de médecine de Paris. — M. L.-G. Richelot, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie externe, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 29 mars, à 3 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. — *Les fractures et les luxations.*

— M. le professeur A. Proust commencera son cours d'hygiène à la Faculté, le samedi 27, à quatre heures (grand amphithéâtre).

— M. le professeur Brouardel commencera son cours de médecine légale le vendredi 26, à quatre heures (petit amphithéâtre).

— M. le docteur Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale de la Faculté, est de retour de Bretagne, après avoir heureusement terminé la mission dont il avait été chargé par le ministre du commerce, sous la direction de M. le professeur Proust. On n'a pas oublié qu'il s'agissait de prendre les mesures hygiéniques et prophylactiques nécessitées par le réveil de l'épidémie cholérique dans le Finistère.

C'est la troisième mission relative au choléra dont s'acquitte avec succès M. Charrin ; il accompagnait, on s'en souvient, M. le professeur Brouardel, lorsqu'il s'est agi d'aller contrôler les inoculations du docteur Ferran. Quelque temps après, il organisait dans les Pyrénées-Orientales des postes de surveillance médicale destinés à prévenir l'extension du choléra dans le midi de la France. Il n'est que juste de féliciter notre jeune confrère de l'énergie, du tact et des connaissances techniques dont il a fait preuve dans ces trois missions.

Maladies de l'estomac. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le docteur Audhoui reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, le jeudi 1er avril, à dix heures, à l'amphithéâtre n° 3, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Société de médecine de Paris. — Séance du 27 mars 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Hortelloup : Rapport sur la candidature de M. le docteur Edmond Wickham, au titre de membre titulaire. — 2. M. Deligny : De l'antimicrobiose de l'air, des altitudes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose pulmonaire. — 3. M. Polaillon : Cal vicieux de l'extrémité inférieure de l'humérus ; compression du nerf radial. — Opération. — Guérison.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Le pied tabétique. — II. Bibliothèque : De la névralgie du trijumeau et de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle. — III. Revue des Journaux : Les propriétés hémostatiques de l'urtica dioïca. — Méningite tuberculeuse consécutive au lupus. — IV. Sociétés médicales des départements : Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (4e sem. 1885). — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — VI. Courrier.

Le pied tabétique.

A mesure que nous avançons dans son étude, l'ataxie locomotrice nous apparaît comme un vaste cadre dans lequel viennent successivement se ranger toutes les modalités pathologiques, lésions organiques et troubles fonctionnels, susceptibles de traduire la souffrance du système nerveux à tous ses degrés et dans tous ses modes.

Une région entre toutes présente sur un théâtre restreint la réunion presque au complet des altérations diverses qui peuvent atteindre, au cours de la maladie, l'organisme entier; *le pied* offre une réduction des spécimens pathologiques, des lésions typiques qui portent sur les différents organes et appareils la signature de l'ataxie. Il a paru satisfaisant pour l'esprit et fructueux pour l'étude de rapprocher ici, dans un chapitre d'ensemble, les différentes manifestations du *pied tabétique*.

I

Signalées par Charcot dès 1868, les affections articulaires et osseuses liées à l'ataxie locomotrice sont aujourd'hui bien connues, grâce aux travaux de Ball, Joffroy, Clifford Albutt, W. Mitchell, Rosenthal, etc.; mais ces différents observateurs n'avaient eu en vue que les lésions des grands os longs et des articulations maîtresses jusqu'au jour, relativement récent, où W. Page, au Congrès de Londres, et Charcot et Ferré, dans un travail publié par les *Archives de neurologie*, attirèrent l'attention sur les caractères particuliers de l'*arthropathie ataxique localisée aux petites articulations du pied*, les lésions fonctionnelles et les déformations qu'elle entraîne (1).

Le début semble avoir lieu par l'articulation tarso-métatarsienne du gros orteil; il est plus juste de dire que c'est en ce point qu'apparaît la déformation principale, une saillie angulaire qui soulève le bord interne, et quelquefois la face dorsale du pied; car, en réalité, tout le squelette du pied est rapidement envahi, et la première autopsie, faite par Capitan, a montré que tous les os du tarse étaient atteints, devenus spongieux, friables, érodés, quelquefois fragmentés, soudés entre eux et hérissés de végétations ostéophytiques, le métatarse même présentant des lésions du même ordre, mais d'un degré moins avancé.

La signification de ces lésions ne saurait être douteuse; l'arthrite tabétique du pied n'est qu'un cas particulier des altérations trophiques des grandes articulations qu'on peut d'ailleurs observer en coïncidence avec la première, comme dans l'observation de J. Boyer, où le malade avait pré-

(1) Voir W. Page : *Brit. med. J.*, 1881, I, p. 772. — Charcot et Ferré : *Archives de neurologie*, 1883, VI, p. 305. — O. Lucas : *The Lancet*, 1884, I, p. 390. — Ferré : *Revue de médecine*, 1884, p. 473. — Gaucher et Duflocq : *Id.*, p. 419. — J. Boyer : *Id.*, p. 487. — E. Chauffard : *Union médicale*, 1885, II, p. 705. — Pitres et Vaillard : *Arch. de neurologie*, 1883, VI, p. 180. — Richardière : *Revue de médecine*, 1886, p. 170, etc.

senté, comme phénomène précoce du tabes, une luxation spontanée de l'articulation coxo-fémorale, et où l'autopsie démontrait la présence d'exostoses volumineuses du fémur. De plus, Gaucher et Duflocq publient une observation d'arthropathie du cou-de-pied dans laquelle la lésion siégeait exclusivement sur l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

Cependant, les lésions arthropathiques du pied ataxique seraient peut-être plus tardives que l'arthropathie du genou, de la hanche ou de l'épaule, qui est, pour Charcot, un phénomène de début, ou plutôt de transition, entre la première et la deuxième période. Il est vrai que Ball en admet une forme précoce et une forme tardive.

Dans le développement de l'arthropathie tabétique du pied, il est possible que le mécanisme admis par Volkmann joue un rôle plus important qu'ailleurs. On sait que cet auteur attribue la production de l'arthrite tabétique en général aux traumatismes produits par la dislocation des membres et les mouvements désordonnés. Mais, outre que l'arthropathie se montre souvent avant l'incoordination, il est clair qu'il faut encore l'appoint de la perturbation nutritive relevant de la lésion du système nerveux, manifeste, d'ailleurs, dans les cas analogues à celui qui a été récemment produit par M. Chauffard, où il existe simultanément des troubles trophiques cutanés et des désordres vaso-moteurs, ulcères perforants, diaphorèse, etc., phénomènes sur lesquels nous aurons à revenir.

Au reste, on a affaire à autre chose qu'à l'arthrite traumatique banale, mais bien plutôt à une variété d'arthrite sèche avec prédominance du processus destructif, à laquelle l'effacement des phénomènes inflammatoires, le peu d'intensité des douleurs et le développement insidieux achèvent de donner sa physionomie individuelle.

Les arthropathies ataxiques de la main sont infiniment plus rares que celles du pied; nous n'en pouvons citer que deux observations; une de Pitres et Vaillard : arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index; luxation spontanée de ce doigt; en même temps, maux perforants plantaires et dystrophie des ongles des orteils; — une autre, toute récente, de Richardière : arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; luxation spontanée du pouce.

II

L'épaississement du bord interne du pied tabétique fait disparaître une partie de la voûte et semble, au premier abord, reproduire l'aspect du pied-bot congénital. L'*empreinte plantaire*, prise par les procédés ordinaires, montre, en effet, qu'une plus grande étendue de la surface du pied pose sur le sol; et cependant, par un phénomène assez inattendu et en apparence contradictoire, ce que l'empreinte tabétique offre de plus caractéristique, d'après Charcot et Ferré, c'est un rétrécissement, un étranglement en boyau de la partie moyenne de la plante, auquel concourrait, en dehors des arthropathies, en dehors des troubles trophiques des os et des fractures vicieusement consolidées, le déplacement d'un cunéiforme, clé de voûte de l'arcade plantaire, refoulé en haut par la pression latérale (1).

L'empreinte du pied sain comporte déjà, comme on sait, un étranglement intermédiaire au talon et à la base des orteils; il n'y a donc là qu'une

(1) Charcot et Ferré : *Revue de médecine*, 1884, p. 473. — Michel Couturier : Th. de Lyon, 1885.

question de degré qui peut être, dans les cas extrêmes, d'une appréciation délicate. C'est pourquoi nous accordons plus de valeur à une autre particularité de l'empreinte tabétique signalée par J. Teissier : la présence d'un trait de passage, d'une sorte de pont qui relie l'empreinte de la pulpe du gros orteil à l'arcade plantaire, alors qu'à l'état normal, sur le pied plat congénital même, et chez les malades atteints d'autres affections spinales que l'ataxie locomotrice, la trace du gros orteil, comme celle des autres doigts, est nettement séparée de l'empreinte de l'arcade par un intervalle d'au moins 1 centimètre.

C'est à l'effacement de la voûte formée par l'articulation de la première et de la deuxième phalange, dans les conditions physiologiques, qu'est due l'apparition de ce trait de passage qui ne fait défaut chez les ataxiques que très exceptionnellement. M. Teissier signale encore une saillie angulaire sur le bord interne du pied, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil avec déviation de cet orteil en dehors. Ces deux caractères de l'empreinte ne sont pas absolument constants, mais ils s'observent dans la grande majorité des cas.

Ces deux déformations de l'empreinte plantaire ne sont pas exclusivement corrélatives de l'incoordination motrice des membres inférieurs, bien qu'on les ait rencontrées chez certains malades plus prononcées du côté où les symptômes ataxiques étaient le plus accentués. Mais on les trouve aussi chez des tabétiques frustes, c'est-à-dire présentant des symptômes se rattachant d'une façon évidente à l'ataxie, sans incoordination motrice, dans les formes en évolution et à symptômes insolites. Il est donc recommandé désormais d'interroger ce signe de nature à apporter un précieux supplément de lumière dans l'appréciation de certains faits obscurs, et qui peut déceler la véritable nature de la maladie à une date où la thérapeutique a les plus grandes chances ou jamais, d'intervenir avec efficacité.

L'arthropathie du pied ne saurait expliquer les déformations de l'empreinte plantaire dans la grande majorité des cas, où ses caractères pathognomoniques apparaissent isolément et comme phénomène précoce; la luxation cunéiforme en haut, admise pour expliquer le rétrécissement plantaire, est d'ailleurs bien rarement observée. Bien plus vraisemblablement, c'est là un des résultats de la rupture de l'équilibre de tonicité normale et de l'harmonie physiologique de contraction entre les muscles antagonistes du pied. M. J. Teissier explique, avec beaucoup de raison, l'existence du pont qui relie l'empreinte de la pulpe du gros orteil à l'empreinte de la plante par la contraction prédominante de l'extenseur de l'orteil qui supprime ainsi l'arc normal produit par l'action du fléchisseur s'exerçant sur la deuxième phalange. On peut invoquer également un état parétique de celui-ci, de telle sorte que la théorie pathogénique d'Onimus (contractures musculaires), celle de Pierret (paralysies), celle de Debove et Boudet (altération du tonus musculaire) trouvent également leur compte dans l'interprétation d'un phénomène dont le pied-bot tabétique est une autre manifestation connexe.

III

M. Joffroy vient, en effet, de signaler un assez grand nombre d'exemples d'une déformation tabétique des pieds qu'il croit devoir assimiler au *pied-bot* par atrophie musculaire (1).

(1) *Union médicale*, 1885, II, p. 825 et 1078.

BIU Santé

A un premier degré, la déformation se traduit par une légère inclinaison du pied en dedans avec extension forcée; le malade peut encore redresser spontanément le pied dont les mouvements sont libres en tous les sens; puis, la déviation de la pointe et le relèvement de la plante s'accentuant, les orteils se fléchissent, les ligaments distendus se relâchent et les petites articulations du tarse se disjoignent; finalement, des adhérences qui s'établissent entre les tendons et les tissus péri-articulaires fixent le pied dans une situation anormale définitivement acquise, qui est celle d'un pied-bot varus équin léger.

Ces déformations sont généralement symétriques; cependant, un seul pied peut être atteint ou l'un des pieds présente les lésions à un degré plus avancé que l'autre.

Trousseau, qui avait observé des faits de cette nature, invoquait pour leur production la pression exercée par le poids des couvertures chez des grabataires. Leyden admet la réalité de cette cause, mais fait intervenir également la contracture des muscles du mollet. On doit dire que ce genre de déformation se rencontre dans d'autres affections du système nerveux que l'ataxie locomotrice.

Si l'on considère que les muscles, ici, ne sont souvent ni atrophiés, ni contracturés d'une façon permanente, mais simplement inertes, et qu'un certain degré d'arthropathie s'associe vraisemblablement à la déformation fonctionnelle, on se prend à douter de l'existence légitime d'un pied-bot essentiel, et on se demande si les faits observés par M. Joffroy ne doivent pas être rapprochés des attitudes vicieuses que prend spontanément, en rapport avec son dispositif anatomique et dans la limite de résistance d'un appareil de contention relâché, toute articulation malade, la cause invoquée par Trousseau et Leyden aidant. Une autopsie faite par M. Joffroy, unique il est vrai, lui a bien montré la dégénérescence complète du soléaire ou du long péronier latéral, à côté des autres muscles sains, et une articulation tibio-tarsienne avec ses parties fibreuses péri-articulaires en bon état. Le nerf tibial antérieur et le musculo-cutané avaient perdu un grand nombre de leurs tubes nerveux.

(La fin au prochain numéro.)

R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU ET DE SON TRAITEMENT PAR LES PULVÉRISATIONS DE CHLORURE DE MÉTHYLE, par le docteur PEYRONNET DE LAFONVIELLE. (Thèse de Paris, 1886.)

Après avoir rappelé combien est tenace cette affection dont il esquisse à grands traits la symptomatologie, l'auteur passe en revue les nombreux traitements préconisés contre elle. Il reconnaît que si parmi eux il en est d'absolument inefficaces, d'autres au contraire peuvent être considérés comme ayant une action curative réelle, quoique le plus souvent très lente à se produire. Il en est autrement des *pulvérisations de chlorure de méthyle* dont l'action analgésiante est instantanée. Ce traitement a été employé pour la première fois par M. Debove, en 1884, contre la névralgie sciatique, avec un plein succès. Depuis il a été mis en pratique par de nombreux médecins et en particulier par M. Abadie contre la névralgie du trijumeau. Entre les mains de ce dernier, ce mode de traitement a donné presque constamment d'excellents résultats amenant un soulagement immédiat de la douleur et la cessation des spasmes des muscles de la face.

Après avoir rapporté plusieurs observations recueillies à la clinique du docteur Abadie et après avoir rappelé les expériences de Waller, Schultze, Ranvier, etc., sur la congélation des nerfs, le docteur Peyronnet en arrive à conclure que dans la névralgie du trijumeau, quand il y a urgence à combattre l'élément douleur, nul agent ne donne un résultat aussi immédiat que les *pulvérisations de chlorure de méthyle*. Sur la face ces pulvérisations doivent être rapides et légères. La pigmentation cutanée qui se produit chez les personnes riches en pigment disparaît dans l'espace de quelques jours.

L'analgésie paraît être le résultat de la congélation des expansions terminales superficielles des nerfs.

REVUE DES JOURNAUX

Les propriétés hémostatiques de l'urtica dioïca, par M. C. Rothe. — Cet observateur a employé la teinture d'*ortie dioïque* pour arrêter les hémorrhagies. A cet effet il applique sur la plaie des tampons d'ouate ou de gaze antiseptiques imbibés de teinture. Les hémorrhagies parenchymateuses cèdent à ce moyen, sous l'influence duquel il se forme des caillots. M. Rothe en a fait usage pour le tamponnement des fosses nasales et remplace par ce médicament le perchlorure de fer dont on connaît les inconvénients. (*Pharmaceutische Post*, 19 septembre 1885.) — C. L. D.

Méningite tuberculeuse consécutive au lupus, par Doutrelepont. — Cette observation est d'intérêt pratique ; car elle établit une fois de plus les relations pathogéniques du lupus avec la tuberculose parasitaire. Chez le malade on avait traité avec succès des manifestations lupeuses par le grattage et les applications vermicides. De plus on l'avait soumis à l'arsenic. Peu de temps après, survinrent les symptômes de méningite aiguë ; et l'examen microscopique du sang y fit reconnaître des bacilles. Enfin, on constata à l'autopsie les altérations anatomiques de la tuberculisation méningée. M. Doutrelepont, en conclut que l'infection générale de l'organisme a été la conséquence de la lésion cutanée initiale. (*Centralblatt für die med. Wissenschaften*, 1er août 1885.)

C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Les arrachements du bras sont relativement nombreux dans la pratique de la chirurgie industrielle ; mais l'*arrachement simultané du bras et de l'omoplate* est plus rare ; tel a été le cas dont M. Loumeau exposait l'histoire à ses collègues bordelais, et dans lequel, le bras gauche, saisi par le câble d'un treuil à vapeur, se détacha du tronc, entraînant avec lui le membre entier. Malgré l'étendue de la plaie, le malade guérit. L'heureuse terminaison d'un aussi vaste traumatisme démontre, une fois encore, la bénignité relative des blessures par arrachement comparées à la gravité des plaies d'égale étendue produites dans un but chirurgical.

La *maturation artificielle de la cataracte* a été pour M. Georges Martin l'occasion d'une discussion sur la valeur clinique de cette opération. Au reste, cet observateur ne s'en tient pas au témoignage des auteurs ; il expérimente au laboratoire et, de plus, appuie ses affirmations sur des observations personnelles au nombre de quatre. Ces faits montrent l'innocuité du massage du cristallin par le procédé de Tœrster, son efficacité pour hâter la maturité des cataractes et son utilité pour améliorer hâtivement l'état de la vision. Il est vrai que, si l'auteur recommande cette opération, il s'entoure soigneusement de précautions antiseptiques et emploie l'anesthésie locale par la cocaïne. De plus, si on doit faire l'extraction par les procédés combinés, il recommande de pratiquer l'iridectomie un mois à l'avance pour obtenir une complète cicatrisation des

bords de la pupille artificielle et prévenir plus sûrement tout épanchement sanguin dans la chambre antérieure de l'œil.

Un cas de *dystocie maternelle* observé par M. Lugeol, a été l'origine d'un débat avec MM. Hirigoyen et Venot. Il s'agissait de lésions syphilitiques du col avec rigidité de cet organe; fait analogue à celui dont M. Moussous a publié une observation. On pratiqua des incisions sur le col et on observa toutes les précautions antiseptiques, malgré lesquelles la malade succomba. Ce cas rare mérite l'attention des auteurs.

Il en est de même de la lecture de M. Davezac sur *quelques cas de pleurésie et le signe du sou*. Cet habile observateur ne se contente pas d'apporter le témoignage de six faits démonstratifs en faveur de la thoracentèse dans la pleurésie, il établit aussi l'utilité du signe du sou; c'est-à-dire de l'application du bruit d'airain au diagnostic des épanchements pleuraux. Pour obtenir le signe du sou on donne au malade la position assise; puis, tout en s'apprêtant à ausculter en arrière, on fait appliquer un sou sur la peau du thorax, par un aide qui le percute à petits coups. L'oreille est apposée sur les points correspondants de la région dorsale et suit attentivement cette percussion sur toute la hauteur du côté sain, puis du côté malade. Dans l'*immense majorité* des cas, affirme M. Davezac, la perception du bruit métallique indique un épanchement pleural. L'absence de ce signe indiquerait l'absence de liquide.

On comprend que ce signe possède une réelle valeur diagnostique quand il s'accompagne de la perte des vibrations thoraciques. Il supplée même à celle-ci, quand elle fait défaut. La recommandation de M. Davezac ne contribuera pas peu à la recherche plus fréquente de ce symptôme par les praticiens.

Enfin, pendant ce même trimestre, M. Troquart a communiqué une note sur la pathologie des voies génito-urinaires de la femme sous le modeste titre : *de contribution à l'étude des tumeurs de l'urèthre chez la femme*. M. Troquart a exploré avec conscience la littérature de cette question; et, avec impartialité, il fait la critique des opinions de ses devanciers. Puis, reconnaissant l'insuffisance de celles-ci, il envisage le rôle pathogénique de l'élément glandulaire dans la production de ces tumeurs polypiformes.

Aux faits déjà publiés et qu'on peut invoquer en faveur de cette théorie, M. Troquart ajoute une observation personnelle, dans laquelle l'examen histologique a été pratiqué par M. Arnozan et lève tous les doutes. C'est dire que l'opinion de notre confrère girondin triomphe; c'est dire aussi, pour terminer ce compte rendu des travaux de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, que l'année 1885 a été féconde en utiles efforts dans ce dernier trimestre comme dans les trois premiers. — Ch. Eloy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 mars 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Tomasi envoie une plaque photographique qu'il a soumise, dans certaines de ses parties, à l'action de l'effluve électrique, les autres parties étant couvertes avec du papier. La plaque a été modifiée d'une façon très appréciable. A l'objection que l'effluve est lumineux, M. Tomasi répond qu'il l'est à peine, et que la plaque est modifiée autrement qu'elle ne l'aurait été par la lumière.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Halphen dans la section de géométrie en remplacement de M. Bousquet. M. Halphen, présent à la séance, prend place parmi ses confrères.

M. le docteur Ch. Bouchard donne lecture d'une note *Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire* :

« Les principes chimiques constitutifs de l'organisme des animaux, tous utiles et indispensables peuvent tous devenir nuisibles quand ils se trouvent hors de la proportion normale. Ainsi l'oxygène, l'eau, le chlorure de sodium, tuent quand ils sont introduits en excès, et le chlorure de potassium est mortel à 18 centigrammes par kilogramme.

« L'homme est, comme les autres animaux, incessamment traversé par des poisons venus de sources diverses, introduits ou formés dans son corps. Et cependant, à l'état normal, il ne s'empoisonne pas ; car il est prémuni contre cette intoxication toujours imminente par trois causes principales : 1° les oxydations intra-organiques qui détruisent certains poisons ; 2° le foie qui en arrête et en détruit d'autres ; 3° les émonctoires qui en excrètent la plus grande partie.

« On peut physiologiquement apprécier le degré de toxicité des poisons qui traversent l'organisme en déterminant expérimentalement le degré de toxicité des matières expulsées par chaque émonctoire, c'est-à-dire en calculant quelle masse de matière vivante peut être tuée par les matières qu'élimine en un temps donné chaque organe d'excrétion. J'appelle *toxie*, l'unité toxique, terme de comparaison indispensable pour cette recherche, c'est-à-dire ce qui est nécessaire pour tuer 1 kilogramme de matière vivante. Je me suis servi toujours, pour mes estimations, de la même matière vivante : le lapin, et de la même méthode d'expérimentation : l'injection intra-veineuse pratiquée rapidement, dans des temps sensiblement égaux. Suivant que j'apprécie le nombre d'unités toxiques éliminées en un temps donné par les excrétions biliaire, intestinale, cutanée, urinaire, je désigne ces unités sous les noms de cholétoxie, coprotoxie, dermotoxie, urotoxie. Par cette méthode ne peut naturellement être étudiée l'unité toxique de l'exhalation pulmonaire ou pneumotoxie.

« Aujourd'hui j'étudierai la toxicité des matières qui sont éliminées par la sécrétion urinaire.

« La toxicité de l'urine normale, affirmée de tout temps, n'est démontrée que depuis cinq ans à peine. On a d'abord établi la toxicité de certaines substances extraites de l'urine. Puis la toxicité de l'urine en nature a été prouvée en 1881 par Feltz et Ritter au moyen de l'injection intra-veineuse.

« J'ai, par cette méthode, étudié, dès 1883, les caractères de cette intoxication ; j'en complète aujourd'hui la description consignée en partie dans une note à la Société de biologie (6 décembre 1884).

« Après l'injection intra-veineuse de 10 à 15 c. c. d'urine normale, apparaît une contraction de la pupille qui s'accentue jusqu'à rendre celle-ci punctiforme. Bientôt on note l'accélération des mouvements respiratoires avec diminution de leur amplitude, puis l'indécision des mouvements des membres et la somnolence ; l'augmentation de la sécrétion urinaire et la fréquence des émissions d'urine. La température baisse par diminution de la calorification, à tel point que l'hypothermie seule peut parfois expliquer la mort.

« On constate la diminution des réflexes palpébraux et cornéens, souvent l'exophthalmie. La mort arrive sans convulsion en général, ou avec des secousses musculaires modérées, ou avec opisthotonos dans des conditions déterminées. Après la mort, les battements du cœur persistent ainsi que la contractilité musculaire. La pupille reste étroite ou quelquefois se dilate.

« Si la dose d'urine injectée suffit pour produire le coma et non la mort, l'animal reste en résolution, respirant faiblement, réfrigéré, avec myosis et émissions d'urine toutes les deux minutes. On constate une extrême dilatation des vaisseaux superficiels. Puis la torpeur diminue, la calorification remonte, la pupille se dilate. Au bout d'une demi-heure, l'animal est redevenu et reste bien portant. L'albuminurie est rare ou légère et passagère. Après injection de certaines urines pathologiques, elle est au contraire constante et notable ; on peut même voir de l'hématurie.

« L'abaissement de la température après l'injection d'urine, n'est pas le résultat de l'équilibration des températures du corps et du liquide injecté, mais résulte d'une diminution dans la production de la chaleur animale. En effet, en instituant des expériences comparatives où j'injectais des quantités égales d'eau et d'urine, j'ai toujours constaté que l'eau augmente la calorification et que l'urine la diminue.

« La quantité d'urine nécessaire pour tuer un kilogramme de matière vivante est extrêmement variable à l'état normal ; d'autant moins toxique qu'elle est plus diluée, elle peut être moins toxique que l'eau distillée. En moyenne, une *urotoxie* est représentée par 45 c. c. de l'urine normale de l'homme adulte. L'urine ne tue donc ni par action

mécanique, ni par action physique sur le sang ; elle tue seulement par les matières qu'elle tient en dissolution. Bien que j'aie vérifié qu'elle ne peut tuer par sa réaction acide, je l'ai toujours neutralisée exactement avant de l'injecter.

« La détermination de l'urotoxie m'a permis d'établir le *coefficient urotoxique* de l'homme, c'est-à-dire la quantité d'urotoxies que l'unité de poids fabrique et élimine dans l'unité de temps. L'homme adulte bien portant élimine en vingt-quatre heures, par chaque kilogramme de son poids, une quantité de poison urinaire capable de tuer 465 grammes de matière vivante. Son coefficient urotoxique est donc de 0,465. Calculs faits, l'homme met en moyenne deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire qui serait capable de l'intoxiquer lui-même. A l'état sain, le coefficient urotoxique est presque invariable. Très variable, au contraire, à l'état pathologique, il peut dépasser 2 et descendre au-dessous de 0,1.

« Il me reste à étudier les variations de qualité et d'intensité de la toxicité urinaire suivant des circonstances multiples. Activité cérébrale, activité musculaire, sommeil, alimentation, etc., à déterminer les substances dont dépend cette toxicité, à indiquer leurs origines. »

M. G. Lechartier adresse une note *sur les dangers d'incendie par l'acide azotique.*

« La fabrication d'un certain nombre de produits industriels, et en particulier celle des matières explosibles, telles que la dynamite et le coton-poudre, exigent l'emploi d'acide azotique qui, par son degré de concentration, se rapproche beaucoup de l'acide azotique monohydraté. Cet acide, qui marque 48° à 49° à l'aréomètre Baumé, à la température de 15°, a une densité variant de 1,50 à 1,51. Par des titrages directs, nous avons reconnu qu'il contient 91 à 93 pour 100 d'acide azotique monohydraté. Sous une faible épaisseur, sa couleur ressemble à celle de l'huile d'olive; il fume fortement à l'air et, exposé à la lumière, il se charge rapidement de vapeurs rouges. Comme l'acide monohydraté, il rend le fer passif et transforme la benzine en nitrobenzine sans addition d'acide sulfurique.

« Cet acide présente, dans les transports et les manipulations, les mêmes dangers que l'acide monohydraté pur. Pour ne laisser aucun doute à ce sujet, nous avons cru utile de signaler des faits que nous nous sommes trouvé en situation de vérifier et des essais de laboratoire qui en ont été la conséquence.

« A la fin du mois de mai 1883, sur la ligne de Paris à Brest, un wagon ouvert, chargé de touries de cet acide, prenait feu au moment d'arriver en gare de Caulnes-Dinan. Les touries, entourées de paille, étaient emballées dans des paniers en osier. Le mois suivant, un wagon remisé en gare de Brest, et isolé de toutes les autres marchandises, prenait feu après un stationnement de plusieurs jours. Ce wagon était le reste d'un chargement expédié de Lyon et dont la majeure partie avait été détruite par un incendie déclaré en cours de transport. L'examen des faits tendait à prouver que ces incendies avaient pris naissance à la suite de la rupture d'une tourie.

« On trouvait une explication plausible de ces faits dans les propriétés connues de l'acide azotique, qui attaque avec énergie les matières organiques, telles que la paille. On comprend que l'action est d'autant plus intense que la matière est plus sèche, qu'elle a été plus échauffée par l'action solaire et que cette oxydation dégage de la chaleur; d'où la possibilité d'admettre que la paille puisse, dans ces conditions, se trouver échauffée jusqu'à sa température d'inflammation.

« Voici quelques essais à l'appui de ces indications théoriques. La difficulté d'expériences de cette nature réside dans ce fait qu'on ne peut opérer que sur de faibles quantités de matières et que la masse des corps agissant à la fois l'un sur l'autre a, dans ce cas, une grande importance.

« 1° 29 gr. de paille portés dans une capsule de porcelaine à une température de 50° et arrosés avec 25 c. c. d'acide fournissent un dégagement immédiat de vapeurs nitreuses, et la température de la masse dépasse rapidement 100°.

« 2° On introduit 50 gr. de paille coupée en petits fragments dans une grande capsule de porcelaine dont on chauffe le fond à 80°. Cette température est celle des fragments de paille en contact avec les parois, tandis qu'à la surface, la matière ne produit

sur la main qu'une faible sensation de chaleur. On répand sur la paille 50 c. c. d'acide azotique pris à la température ordinaire. En quelques instants, un flot de vapeurs rouges s'élève de la capsule; la paille devient rapidement incandescente et la masse s'enflamme.

« Il suffit que des bonbonnes d'acide entourées de paille et exposées à l'action solaire soient brisées accidentellement pour que les conditions des essais précédents se trouvent réalisées. Au début, la paille échauffée par le soleil est à une température de 50°; elle est immédiatement attaquée par l'acide au point où l'écoulement commence; il en résulte un échauffement rapide des parties voisines, une intensité d'action plus grande de la part de l'acide et, enfin, incandescence de la matière organique.

« Nous avons même pu constater que, lorsqu'il s'agit de touries contenant 90 kilogr. à 100 kilogr. de cet acide azotique, il n'est pas nécessaire que la paille qui les entoure soit sèche et échauffée préalablement par les rayons solaires.

« Une tourie placée sous un hangar ouvert, et exposée à l'action de l'air humide du mois de novembre dernier, a été brisée accidentellement. La paille qui l'entourait a immédiatement pris feu.

« Il est donc nécessaire de prendre des précautions sérieuses dans le transport de ces acides concentrés; il faut encore, lorsqu'on les conserve dans des magasins ou sous des hangars, éviter, autour des bonbonnes, la présence des matières organiques telles que la paille. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mars 1886. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Dehenne : A propos de la présentation faite à la dernière séance par M. Dubuc, je vous dirai, Messieurs, que j'avais lu le travail de M. Dron sur les cancers de l'œil, notre premier devoir à tous étant de nous tenir au courant de la littérature médicale, et particulièrement de celle qui nous intéresse plus spécialement. Si je n'ai pas cité M. Dron, c'est que j'aurais dû énumérer les noms de tous les auteurs qui se sont occupés des tumeurs intra-oculaires, et le nombre en est grand. Plusieurs pages de nos *Bulletins* n'auraient pas suffi à cette énumération absolument stérile.

J'ai voulu vous présenter une étude fort modeste et sans prétention sur le *sarcome de la choroïde*; et vous faire toucher du doigt *les difficultés de diagnostic* que le clinicien rencontre quelquefois à la première période de cette terrible affection. L'observation rapportée par notre confrère diffère totalement de la mienne en ce que, chez sa malade, l'examen ophthalmoscopique a permis de préciser la nature de l'affection dès l'apparition des premiers troubles visuels, tandis que, chez le mien, le décollement de la rétine était semblable à tous les décollements rétiniens, et que le diagnostic ne pouvait se faire que par exclusion, à cause *de l'absence des causes ordinaires du décollement*. Le seul point de contact est la *marche extrêmement rapide* de l'affection dans les deux cas.

Puisque nous parlons de la bibliographie du sarcome de la choroïde, permettez-moi de vous citer une observation fort intéressante recueillie à la clinique de Samelsohn (de Bologne), et publiée dans les *Archives de Graefe*, par Jatzow. Il s'agit d'un cas de sarcome de la choroïde qui s'était propagé par le nerf optique jusque dans le cerveau, et cela d'une manière si latente que le diagnostic ne fut possible qu'après l'énucléation.

Le malade mourut et, à l'autopsie, on trouva une tumeur sarcomateuse qui s'étendait jusqu'au troisième ventricule et occupait presque toute la base du chiasma.

Enfin, M. Mengin (de Caen) vient de publier, dans le *Recueil d'ophthalmologie* (février 1886), une observation presque analogue à celle que j'ai eu l'honneur de lire devant vous. Il a rencontré les mêmes difficultés de diagnostic au début, et l'examen histologique, après énucléation, a donné raison à son diagnostic et à son pronostic.

La correspondance imprimée comprend : le *Progrès médical*, la *Revue médicale d'hydrologie et de climatologie pyrénéenne*, le *Journal des sages-femmes*, le *Journal des Sociétés scientifiques*, le *Journal d'hygiène*, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la *Gazette de gynécologie*;

Une brochure intitulée : *Les modifications de la voix humaine obtenues par les inhalations à l'accordeur du larynx*, par le docteur Sandras ;

Une circulaire émanée du ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, au sujet du Congrès des Sociétés savantes, qui s'ouvrira le 27 avril à la Sorbonne.

La Société délègue, pour la représenter à ce Congrès, le président et le secrétaire général, auquel elle adjoint M. Collineau. En outre, un certain nombre de membres se font inscrire pour assister aux séances.

M. Reliquet dépose sur le bureau un exemplaire de son mémoire sur un cas de *carcinome villeux diffus de la vessie*, observé avec M. le professeur Cornil.

M. Dubuc fait hommage de son mémoire sur l'*utilité de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie*.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le docteur Lediberder (de Lorient), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

Une lettre de remerciements de M. le docteur Gillette, nommé membre honoraire.

M. Dehenne lit une *Note sur l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotinine chez les diabétiques et les albuminuriques*. (Sera publiée.)

M. Dubuc : A quelle dose M. Dehenne emploie-t-il l'ergotinine?

M. Dehenne : 10 gouttes renferment 1 milligramme d'ergotinine; je n'emploie que 6 gouttes par injection, et je n'en fais qu'une par jour.

M. Abadie : Je tiens à dire quelques mots à propos de la communication de M. Dehenne, car j'ai été sinon le premier, tout au moins un des premiers à préconiser les injections sous-cutanées d'ergotinine dans la thérapeutique oculaire.

A l'origine, je les ai employées et conseillées dans le glaucome hémorrhagique, affection oculaire très redoutable, comme on le sait, et vis-à-vis de laquelle nous sommes beaucoup moins bien armés que contre les autres formes de glaucome. L'iridectomie, la sclérotomie même, sont loin de réussir constamment. Les injections sous-cutanées d'ergotinine à la tempe, en favorisant la tonicité du système vasculaires de l'œil, s'opposent à ces irruptions sanguines intra-oculaires, si désorganisatrices et si douloureuses qu'elles réclament parfois l'énucléation du globe oculaire.

D'une façon générale, je crois que les injections sous-cutanées d'ergotinine agissent favorablement dans les rétinites hémorrhagiques, quelle qu'en soit l'origine ; aussi je les ai employées déjà depuis longtemps dans les rétinites diabétiques compliquées d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. Voici ce que j'ai observé à cet égard.

Tout d'abord il m'a paru jusqu'ici que les rétinites diabétiques caractérisées par de petits foyers hémorrhagiques et un semis de petites plaques blanchâtres dispersées çà et là, sans ordre, de préférence dans la région de la macula, appartenaient aux formes graves du diabète, dans lesquelles la quantité de sucre, quoi qu'on fasse, ne tombe jamais au-dessous d'une moyenne assez élevée. Le pronostic est alors sérieux non seulement pour l'affection oculaire, mais aussi pour l'affection principale dont elle est la conséquence.

J'ai observé deux malades dont la cécité a été et est restée presque complète par suite d'hémorrhagies profuses ayant détruit tous les éléments rétiniens dans la région maculaire. Je n'ai pas vu, il est vrai, ces malades au commencement de l'évolution du processus; ils étaient déjà presque aveugles au moment de mon premier examen, mais toutes mes tentatives thérapeutiques (parmi lesquelles les injections sous-cutanées d'ergotinine) ont échoué, et je n'ai pu améliorer leur sort.

Quand il s'agit du diabète et surtout d'une nouvelle médication curative, ce qui paraît être l'objet de la communication de M. Dehenne, qui a visé la maladie elle-même et non pas seulement ses complications oculaires, il faut soigneusement distinguer les cas, sinon on s'expose à des mécomptes. Tout le monde a certainement présent à l'esprit le retentissement passager qu'a eu le bromure de potassium.

Il est reconnu aujourd'hui que l'efficacité de ce médicament n'est réelle que dans les

formes de diabète d'origine nerveuse. Dans celles qui relèvent d'un trouble profond de la nutrition, dans le vrai diabète, sa valeur thérapeutique devient infiniment moindre.

Peut-être M. Dehenne est-il tombé sur une série de cas de diabète anodin, où les proportions du sucre éliminé sont très variables et facilement modifiables. Pour entraîner complètement notre conviction, il eût dû nous produire des faits plus précis, où toutes choses restant égales d'ailleurs, l'influence exclusive des injections d'ergotinine eût été rendue plus manifeste.

En ce qui concerne la rétinite albuminurique, je dirai que j'ai toujours hésité à employer les injections d'ergotinine. Les hémorrhagies rétiniennes y sont, en effet, peu abondantes, le trouble de nutrition de la rétine joue un rôle bien plus considérable que l'altération de ses vaisseaux. En outre, théoriquement du moins, il me semble que l'ergotinine pourrait aussi augmenter l'embarras déjà grand de la circulation rénale.

Puisque je parle de la rétinite d'origine rénale, qu'il me soit permis d'ouvrir une parenthèse et d'attirer l'attention de la Société sur les faits suivants : J'ai eu l'honneur, il y a deux ans, ici même, de faire une communication sur les rétinites qui marquent le début de certaines formes de néphrite interstitielle. Je signalais déjà, à cette époque, combien l'apparition de ce symptôme comportait un pronostic grave, et combien ces formes de néphrite interstitielle, où l'albumine fait quelquefois presque complètement défaut ou n'apparaît qu'à la période ultime, étaient souvent méconnues.

J'ai eu, depuis cette époque, l'occasion de vérifier le bien fondé de mes premières observations. Dernièrement encore, j'ai soigné une malade atteinte, il y a dix mois environ, comme premier symptôme, d'une double rétinite que je n'ai pas hésité à rattacher à une néphrite interstitielle. Néanmoins, plusieurs médecins qui l'ont traitée successivement, car elle allait toujours de mal en pis, n'ont voulu ni accepter ce diagnostic (sous prétexte que l'urine renfermait peu ou point d'albumine), ni lui imposer le régime lacté. Elle a été, enfin, récemment examinée par notre collègue, M. le docteur Thevenot et M. le professeur Potain, qui n'ont pas hésité à confirmer mon diagnostic et à porter comme moi le pronostic le plus grave.

M. Dehenne : En ce qui concerne les albuminuriques, je fais les plus grandes réserves. Pour les diabétiques, je n'en ai pas vu qui fussent déjà à la dernière période de leur maladie; la plupart de ces diabétiques ne se doutaient même pas qu'ils faisaient du sucre.

M. Dubuc : Il semble que la confiance de M. Dehenne dans son traitement local ne soit pas absolue, puisqu'il y joint un traitement général?

M. Dehenne : J'ai confiance dans l'ergotinine, mais je n'oserais me contenter de ce moyen seul.

M. Duroziez : Ne voit-on pas des cas de diabète guéris très rapidement, en employant les moyens les plus simples et les plus ordinaires? Et ces améliorations ne sont-elles pas fréquentes?

M. Cyr : Pour répondre à M. Duroziez, je dirai qu'on observe des améliorations rapides sous l'influence du seul régime, et cela au bout de quarante-huit heures. Cette circonstance doit rendre réservé au sujet des succès obtenus par M. Dehenne avec l'ergotinine; succès que je reconnais d'ailleurs et dont je ne veux pas diminuer le mérite.

M. Dehenne : J'ai cherché à porter dans mes appréciations la plus grande réserve; j'ai constaté quelques faits, je les ai rapportés, et il me paraît important, surtout au point de vue chirurgical, de posséder un moyen de mettre les malades dans de bonnes conditions opératoires. En résumé, voilà un malade qui a des quantités énormes de sucre dans son urine; sans modifier en rien son régime, on lui fait deux, quatre, cinq injections sous-cutanées d'ergotinine, et voilà le sucre qui disparaît. En admettant même que cette disparition ne soit que momentanée, le fait n'en est pas moins curieux et digne d'être noté.

— M. Duroziez lit une *Note sur le premier cas de l'emploi de l'iodure de potassium dans les anévrysmes*. (Sera publiée.)

— Election : M. le docteur Armand Rey, de Grenoble, est nommé membre correspondant à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dehenne

COURRIER

Concours. — L'ouverture du concours pour la nomination à deux places de prosecteur aura lieu lundi prochain 28 mars 1886, à midi et demi. La première séance sera consacrée à la composition écrite.

Le jury sera composé : 1° de deux juges de droit : M. Sappey, professeur d'anatomie, et M. Béclard, professeur de physiologie; 2° de trois juges désignés par le sort : MM. les professeurs Le Fort, Mathias Duval et Trélat; M. le professeur Duplay a été désigné comme juge suppléant.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon (d'Aix); de M. le docteur Jules Hacherelle (de Montmédy), qui s'était distingué en 1870, lors du siège de cette ville, et avait été fait chevalier de la Légion d'honneur; enfin de M. le docteur Rochard (Jean-Félix), décédé à Paris, à l'âge de 77 ans.

Faculté de médecine de Paris. — M. L.-G. Richelot, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie externe, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 29 mars, à 3 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. — *Les fractures et les luxations.*

— M. le professeur Bouchard commencera son cours de pathologie et de thérapeutique générales le mardi 30 mars, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. M. Bouchard traitera cette année *Des troubles fonctionnels des grands appareils.*

Le Vin Durand est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif, ni purgatif, détruise la constipation. C'est le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs.

ON DEMANDE pour un chef-lieu de canton important du Pas-de-Calais, un médecin actif. (*Docteur ou officier de santé*). Traitement fixe assuré, 1,000 francs, *susceptible d'augmentation.* Clientèle magnifique en peu de temps.

S'adresser à M. Carré, pharmacien à Houdain (Pas-de-Calais).

CHEMINS DE FER de PARIS à ORLÉANS, du MIDI, du NORD de l'ESPAGNE et de MADRID à SARAGOSSE et à ALICANTE

SEMAINE SAINTE A SÉVILLE

Du 18 au 24 Avril — *Cérémonies religieuses et Processions*

FOIRE DE SÉVILLE

Du 28 au 30 Avril — *Courses de Taureaux, de Chevaux, Fêtes Populaires*

BILLETS D'ALLER ET RETOUR

DE PARIS A SÉVILLE

avec faculté d'arrêt à **Bordeaux, Bayonne, Burgos, l'Escurial, Madrid, Aranjuez, Castillejo** (embranchement de Tolède) et **Cordoue.**

AU PRIX DE **250** FRANCS (*En voitures de 1re classe.*) Billets valables jusqu'au 10 Mai

LES BILLETS SERONT DÉLIVRÉS DU 5 AU 25 AVRIL :

A la gare du Chemin du fer d'Orléans; — au Bureau central de la Compagnie, 130, rue St-Honoré; et au Bureau succursale, rue de Londres, 8.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Le pied tabétique. — II. Edmond Barré : Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale. — III. Bibliothèque : De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu. — Carcinome villeux diffus de la vessie. — Règlement de police sanitaire maritime à l'île de la Réunion. — Manuel d'hygiène militaire. — IV. Revue des Journaux : Empoisonnement par le laudanum. — Surdité verbale. — Injections hypodermiques de morphine dans les convulsions urémiques. — V. Sociétés médicales des départements : Société des sciences médicales de Lyon (4e sem. 1885). — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Paracelse et Van Helmont.

Le pied tabétique (1).

IV

Le mal perforant plantaire a été depuis longtemps considéré comme le résultat de troubles trophiques sous la dépendance d'altérations du système nerveux périphérique ou central. Le fait est bien connu, surtout depuis les travaux de Duplay et Morat, qui ont relevé nombre de faits dans lesquels on voit le mal perforant accompagner la compression des troncs nerveux ou des lésions de leurs extrémités périphériques, des altérations des ganglions spinaux, de la moelle elle-même. Ces auteurs citent notamment une observation d'ulcères perforants multiples chez un tabétique.

Depuis lors, ces exemples se sont multipliés ; Butruille, Hanot, Ball et Thibierge, Fayard, Blanchard, Pitres et Vaillard, Delay, en France, Bruns, Bernhardt, en Allemagne, Frederick Trèves, en Angleterre, Dudley Beane, en Amérique, etc., ont publié un grand nombre de faits concordants qui mettent absolument hors de doute la relation pathogénique visée (2).

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

(2) Voir Duplay et Morat : *Arch. gén. de méd.*, 1873, I, p. 257. — Bernhardt : *Centralbl. f. chir.*, 1881., p. 42. — Frederick Trèves : *The Lancet*, 1882, II, p. 653. — Blanchard, Fayard : Thèses de Paris, 1882. — Delay : Th. de Paris, 1884. — Ménétrier : *Ann. de dermat. et syphil.*, 1886, I, p. 30.

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT (1)

L'anatomie est bien faible dans les œuvres de Van Helmont; mais, à la différence de Paracelse, il en connaît la signification véritable, il estime Vésale, son compatriote; toutefois, il croit que l'anatomie, après plus de mille ans d'existence, n'a pas appris à mieux connaître et guérir les maladies! De plus, il ne sait pas user de l'anatomie pathologique dans le diagnostic différentiel des hydropisies, car il affirme que, sur des centaines d'hydropiques, il n'en a pas vu un seul dont le foie fût affecté.

En physiologie, Van Helmont est loin de profiter, comme on l'a prétendu, de la découverte de Harvey; il admet que le sang de la veine cave arrive dans le ventricule droit et pénètre dans le ventricule gauche à travers les porosités de la cloison (*Blas humanum*, § 20-21, p. 146; § 24, p. 147). Au sujet de la respiration, il critique les anciens sur le rôle qu'ils attribuaient à l'air; pour lui, « l'air charrié par la veine artérieuse et par l'artère veineuse des poumons... l'air ainsi envoyé dans le cœur y reçoit un ferment ». Tout cela est fort vague. Quant au système nerveux, le solitaire de Vilvorde est au-dessous de Galien. « L'âme sensitive sent par la vie dans les esprits

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 janvier, 13 février, 2, 9 et 25 mars 1886.

Le *mal perforant tabétique* se présente tout d'abord avec ses caractères anatomiques bien connus : un durillon indolent, entouré d'une zone plus ou moins étendue d'anesthésie, qui donne lieu à une ulcération à bords déchiquetés, fournissant une sécrétion séro-purulente peu abondante, et gagnant en largeur et en profondeur de façon à déterminer des lésions osseuses graves et extensives contre lesquelles on ne trouve souvent d'autre ressource que l'amputation; les caractères particuliers du mal perforant tabétique seraient, en effet, l'opiniâtreté, la gravité et, quand on a pu assurer la guérison, la tendance aux récidives. Il est commun de constater simultanément la chute ou les altérations des ongles des orteils, sur lesquelles nous aurons à revenir.

Dans la moitié des cas, le mal perforant tabétique est multiple, presque toujours symétrique; on l'a vu récidiver jusqu'à 10, 12 et même 15 fois successivement.

Le grand intérêt pratique de la constatation de cette lésion, c'est qu'elle constitue un phénomène précoce, appartenant à la période prætaxique, et qu'elle doit, par la fréquence de son association au tabes, éveiller immédiatement l'attention sur l'éventualité d'une lésion latente et toute au début des zones radiculaires. Sur les 14 observations relatées dans la thèse de Delay, 12 fois le mal perforant faisait son apparition à la période prætaxique et 7 fois il précédait même tout symptôme avant-coureur.

C'est ainsi que, dans le cas de F. Trèves, on voit des ulcères perforants récidivés amener finalement à faire l'amputation du pied, après avoir débuté cinq ans avant l'apparition des véritables phénomènes ataxiques. De même, dans un fait de Pitres et Vaillard, un mal perforant plantaire persiste quatre ans et nécessite l'amputation de l'orteil, après quoi seulement apparaissent les premières douleurs. Une observation de Hanot, rapportée par Blanchard, fait également mention d'un mal perforant qui apparaît précédant de deux ans tout autre signe tabétique.

On a remarqué que le mal perforant unilatéral siège au membre où les douleurs sont le plus marquées et que, s'il est bilatéral, ses lésions sont

---

animaux; elle voit immédiatement dans le nerf optique, lequel habite dans la pupille, les espèces visibles conçues... De sorte qu'il n'est pas nécessaire que ces espèces sensibles remontent au cerveau par les nerfs... Le cerveau est seulement l'officine des esprits animaux. Aussi les nerfs ne servent pas à transporter au cerveau les espèces puisées dans la sensation, mais à répandre les esprits cérébraux aux parties où ces nerfs arrivent, pour les ranimer et les réconforter. »

La célèbre et si compliquée théorie de la sextuple digestion, peut se résumer ainsi : L'aliment éprouve, dans notre corps, six digestions successives : la première s'opère dans l'estomac au moyen d'un acide sécrété par cet organe et d'un ferment particulier; la seconde se fait dans le duodénum, la bile neutralise l'acidité de la crème (chyme); une troisième digestion a lieu dans les veines mésaraïques; la quatrième est sous l'influence d'un ferment venu du cœur; enfin, par la cinquième digestion, le sang artériel devient esprit vital, et la sixième se fait dans l'intimité des organes où le sang se métamorphose en chair. Dans l'exposé de sa théorie, Van Helmont attaque Galien qu'il appelle « excrementitius et ignarus »; vous pouvez voir que, s'il comprend la digestion gastrique, il erre à l'aventure pour tout le reste.

Avant de vous montrer la manière dont Van Helmont expose les maladies spéciales, rappelez-vous ses formules de la maladie en général, par les révoltes et les luttes de l'Archée. En voici une autre qui mérite de vous être signalée : « Les produits et les effets des maladies sont des générations séminales, dépendant tellement des semences qu'elles en reproduisent les propriétés (*Ignotus hospes morbus*, § 77, n° 9, p. 401). »

plus profondes du côté où les douleurs prédominent. Les recherches de Delay ne lui ont fait découvrir aucune particularité d'évolution spéciale au mal perforant du cortège de l'ataxie syphilitique. Cependant, une toute récente observation de Ménétrier, unique jusqu'à présent, nous montre chez un sujet affecté de tabes syphilitique toute une série de *maux perforants* PALMAIRES s'accompagnant de déformations osseuses et de troubles de la sensibilité qui achèvent d'en caractériser la nature. Les ulcérations rappelant exactement l'aspect du mal perforant plantaire siégeaient à la pulpe des doigts, qui furent presque tous envahis successivement, la paume de la main restant indemne.

Un examen anatomique pratiqué par Pitres et Vaillard, dans un cas de mal perforant tabétique, a révélé à ces auteurs des altérations très nettes du nerf tibial postérieur, du plantaire interne, dégénérescence wallérienne ancienne d'un certain nombre de fibres au milieu des faisceaux nerveux, myéline en gouttelettes fortement colorées par l'osmium, fibres nerveuses réduites à la gaine de Schwann, à côté de fibres intactes, etc.

Rappelons, en terminant, que le mal perforant a été de même signalé dans le diabète, d'abord par Puel, puis tout récemment par Kirmisson, Jeannel, Laffon, et que ce rapprochement est de nature à apporter un puissant argument de plus aux partisans de l'origine nerveuse de la glycosurie (1).

V

Un assez grand nombre d'observations signalent, avons-nous dit, des troubles trophiques et la chute des ongles en coïncidence avec le mal perforant; la *chute spontanée des ongles* n'est pas moins fréquemment observée comme phénomène isolé dans le cours et surtout au début de l'ataxie locomotrice (2).

(1) Kirmisson : *Arch. gén. de méd.*, 1885, I, p. 44. — Jeannel : *Revue de chirurgie*, 1886, p. 31.

(2) Joffroy : *Arch. de physiol.*, 1885, p. 174. — Pitres : *Progrès médical*, 1882, p. 139.

Mon impartialité m'oblige à relever dans Van Helmont des aperçus profonds ou judicieux.

Van Helmont méditait beaucoup et observait principalement sur lui-même. Atteint de la gale dans sa jeunesse, avant son deuxième grand voyage, et très affaibli par le traitement qu'on lui avait fait subir, il parvint à s'en débarrasser par un remède chimique, au moyen du soufre. Lisez dans le *Journal hebdomadaire* (t. VI, p. 514-516, 27 mars 1830) le passage où Littré rapporte les angoisses du malade soumis par deux médecins fameux à force saignées et apozèmes. Il fallait qu'il fût débarrassé d'une pituite salée ainsi que de la bile brûlée, troublant la fonction sanguine du foie et engendrant une gale purulente. Van Helmont, qui avait failli mourir moins de la maladie que du traitement, reconnut la contagiosité de la gale par semence et l'utilité des sulfureux. Il appliqua plus tard ces vues au traitement des ulcères.

Dans le Traité de la Lithiase ou formation des calculs, Van Helmont nous apprend qu'il a reçu en songe la science sur ce sujet. Aucun auteur médical n'a eu autant de songes : c'est par un rêve que Van Helmont s'est décidé à embrasser la carrière médicale; rêve pour édifier sa doctrine; rêve pour écrire son Traité de la Peste; rêve pour ne pas jeter ses écrits au feu, etc. Galien qui avait toujours, en cas opportun, quelque songe à son service, en a moins abusé. Ici, Van Helmont combat Paracelse et le tartre, et met en action un agent nouveau coagulateur, un ferment et l'archée pour la formation du calcul. L'idée séminale calculeuse est la vraie maladie. Ce n'était pas la peine

Joffroy, Pitres ont, tout d'abord, attiré l'attention sur ce fait. L'observation de Roques, une des premières, montre qu'on a, là encore, un excellent signe de début de l'ataxie. Chez son malade, les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, le signe de Romberg, la démarche spéciale de l'ataxique faisaient entièrement défaut. La chute spontanée des ongles, se joignant à la suppression des réflexes rotuliens, permettait de donner leur véritable signification à toute une série de symptômes des plus obscurs.

D'après les recherches et les descriptions des auteurs cités, auxquels il convient de joindre les noms de Pouget, Domecq Turen, Portalier, Prioleau, la chute des ongles est souvent précédée d'ecchymoses sous-unguéales que Joffroy est tenté de rapprocher des ecchymoses cutanées, consécutives aux crises fulgurantes, bien décrites par Strauss, la suffusion sanguine compromettant la nutrition de l'organe éliminé ensuite comme corps étranger. Mais le fait de Roques montre bien que les deux lésions ne sauraient être identifiées, et il est encore moins démontré que le traumatisme ait une part dans la production du phénomène, qui est primordialement d'ordre trophique, comme les précédents.

Quoi qu'il en soit, l'ongle, devenu jaune, brunâtre, opaque, tombe en quelques semaines (beaucoup plus rarement en quelques mois); puis il repousse irrégulier, stratifié, arqué, en griffe, dur ou friable, pour se détacher de nouveau, dans plusieurs exemples, jusqu'à deux ou trois fois par an.

Ce sont là, d'après Pitres, des phénomènes en rapport avec des névrites des nerfs des orteils; Domecq Turen, son élève, expose que des douleurs particulièrement vives des extrémités ont souvent précédé les altérations unguéales.

Il nous reste à peine la place de donner une simple mention à l'*état*

— Pouget : Th. de Paris, 1882. — Roques : *Union méd.*, 1882, II, p. 30. — Domecq Turen : Th. de Bordeaux, 1883. — Portalier : Th. de Paris, 1884. — Prioleau : Soc. anat. de Bordeaux, 1884, IV, p. 32.

de s'attaquer à Paracelse et à son « Duelech », car le traitement ne diffère pas beaucoup de celui de Théophraste.

Vous trouverez dans le Traité des Fièvres une confusion constante entre la fièvre et les fièvres. Van Helmont prête aux anciens des idées exagérées pour les réfuter; il rejette la saignée, les purgations, les vésicatoires, invention du détestable Moloch, et même les lavements qui irritent l'intestin. L'Archée repousse la fièvre par le Blas altératif; l'Archée, dans les fièvres, s'impose du repos par intervalles; puis, reprenant sa vigueur il s'efforce de chasser la fièvre, son ennemie!

Je vous indique, parmi les divers traités ou monographies spéciales des œuvres de Van Helmont, celui sur la Folie, où il raconte ce qu'il a éprouvé après avoir pris l'aconit et la jusquiame, et aussi celui sur la Pleurésie où il s'est minutieusement observé. Il repousse l'origine de la pleurésie par apostème catarrhal avec fièvre et douleur locale; la veine azygos, dit-il, n'apporte pas la pituite des ventricules cérébraux dans la poitrine, c'est l'archée pleural qui entre en fureur et fabrique un acide particulier, l'épine pleurétique.

L'Asthme a reçu de Van Helmont le nom d'épilepsie du poumon, mais il l'a trop étendu et même confondu avec l'hystérie; il distingue l'asthme sec, humide et mixte, et donne pour le premier les « arcana mineralia ».

Le Traité de l'Hydropisie inconnue ou Hydropisie rénale est loin de renfermer la découverte de la néphrite albumineuse ou du Mal de Bright. Van Helmont admet, *a priori*, que les reins servant d'émonctoire à l'hydropisie, doivent eux-mêmes la produire.

ichthyosique de la peau de la plante des pieds dans un cas d'ichthyose ataxique généralisée, observée par Ballet et Dutil; à une *éruption papuleuse*, associée à une sensation de formication de la plante du dos du pied et se renouvelant chaque matin, signalée par Putnam et Pierret; à l'*hyperhydrose plantaire* (et palmaire) présentée à un haut degré par deux malades de A. Ollivier, observée également par Pitres, exactement limitée, dans le dernier cas, aux pieds et au tiers inférieur des jambes et coïncidant souvent avec une teinte carminée de la peau de cette région. Par un phénomène de réaction absolument inverse des nerfs excito-sudoraux, un autre malade de Putnam ne transpirait jamais dans les membres inférieurs et, sous l'influence même de la pilocarpine, gardait les jambes et les pieds absolument secs pendant que la moitié supérieure du corps transpirait abondamment (1).

Les troubles de la sensibilité plantaire et les anomalies de la réflectivité spinale qui lui sont associées rentreraient encore dans notre programme; mais nous pensons en avoir assez dit pour justifier l'intérêt d'une étude synthétique des différentes manifestations du pied tabétique et montrer le parti que peut tirer le clinicien de leur constatation et de leur rapprochement.

R. LONGUET.

Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale.

Le 15 février dernier, j'étais mandé par M. M..., rue de Larochefoucault, pour donner mes soins à son fils, âgé de 12 ans, qui, depuis plusieurs mois, pouvait à peine avaler des aliments, à cause de l'inflammation considérable des amygdales.

(1) Ballet et Dutil : *Progrès méd.*, 1883, p. 380. — C. Putnam : Th. de Paris, 1882. — A. Ollivier : *Union méd.*, 1883, II, p. 421. — Pitres : *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1884, janvier.

Les anciens avaient tort de regarder le foie comme cause ordinaire des hydropisies. Le sang extravasé dans les reins, les calculs rénaux sont la preuve de l'hydropisie due aux désordres de l'archée du rein.

Je borne là, cette revue sommaire. La thérapeutique de Van Helmont est basée sur ce que les maladies étant des idées, les remèdes sont des esprits. Il emploie les simples sans les soumettre au feu et surtout à la calcination. Il admet une vertu dynamique par le contact ou même à distance. Il emploie les médicaments chimiques inconnus, mais indiqués par Paracelse, auquel il emprunte plus qu'il ne l'avoue. Remarquez aussi combien les idées morbides de Van Helmont sont voisines des semences morbides de Paracelse.

Il est inutile d'insister sur plusieurs pratiques de Van Helmont. Sa méthode pour élever les enfants était mauvaise; il les éloignait du sein maternel, il les privait de lait, leur donnant une panade sucrée ou miellée, bouillie avec de la petite bière. Je passe rapidement sur les procédés les plus bizarres : crapauds placés autour de l'abdomen, ceinture de serpents autour du ventre dans l'hydropisie, pour effrayer l'archée, etc.

Van Helmont est le premier qui ait introduit dans la science le terme « gas ». Le professeur Marcelin Berthelot, croit ce nom formé sans dérivation; il ne répondrait pas au flamand Geest, ni à l'allemand Geist, esprit. Van Helmont regardait « le gas » comme une substance subtile unie au corps et l'appelait aussi « esprit sauvage, ou silvestre » parce qu'il la considérait comme incoercible.

Le philosophe de Vilvorde a eu l'idée du thermomètre; il se servait très habilement

Le père et la mère, fatigués d'entendre le nasonnement de leur enfant, qui devenait sourd, et inquiets de le voir dépérir par suite de la difficulté qu'il avait à se nourrir, exigèrent que je lui fisse l'ablation des amygdales.

Le gamin, très nerveux, très turbulent, ne se prêtait que difficilement à cette petite opération. Tant bien que mal, le père fixa solidement la tête de son fils et lui tint les mains. J'introduisis l'instrument et j'excisai sans trop de difficulté l'amygdale du côté gauche. Après l'avoir fait se gargariser avec de l'eau acidulée, pendant quelques minutes, je le fis tenir de nouveau pour lui enlever l'amygdale de côté droit.

Après avoir introduit cette amygdale dans l'anneau de l'amygdalotome et l'avoir fixée au moyen de la lance mobile, je pressai sur les deux anneaux pour pratiquer l'excision. Le patient fit un mouvement brusque et ferma la bouche ; au même instant j'entendis un bruit sec : le couteau annulaire s'était brisé après avoir coupé l'amygdale aux deux tiers environ.

En moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, je lui ouvris la bouche, et, au moyen d'une pince à pansements, je saisis un fragment de la lame demeuré dans la gorge. Je m'aperçus de suite que ce fragment ne représentait que la moitié à peine de ce qui manquait à la lame, soit 3 centimètres 1/2. L'enfant avalé l'autre fragment long de 2 centimètres environ.

L'amygdale, aux deux tiers coupée, pendait sur l'ouverture supérieure du larynx et provoquait des accès de toux et de suffocation fort pénibles. Je saisis le lambeau, au moyen d'une érigne et l'incisai très facilement avec un bistouri boutonné.

Je recommandai de faire prendre à l'enfant des panades épaisses et de la purée de pommes de terre. Je priai en outre la mère de surveiller attentivement les garde-robes. Ce ne fut que le troisième jour qu'elle recueillit le fragment qui s'adaptait complètement à la lame circulaire.

Depuis cette époque, l'enfant que j'ai vu à différentes reprises, ne s'est nullement ressenti de cet accident.

L'excision des amygdales est certes une des opérations les plus faciles que les médecins soient appelés à faire chaque jour ; mais on ne peut

---

de la balance. Chevreul, dont je vous ai donné l'opinion sur Paracelse, juge ainsi Van Helmont. « Tout en reconnaissant ce que la science lui doit... il importe d'insister sur le peu de place que les faits donnés par l'expérience y occupent; ce sont de faibles lueurs dans un système d'idées classées conformément à l'esprit le plus absolu que puisse manifester la méthode *à priori* ». Je tiens de M. le professeur Marcelin Berthelot dont l'autorité est si grande que « Paracelse et Van Helmont, sont deux hommes qui ont montré du génie, mais le premier était charlatan et le second mystique ».

(*A suivre.*) Prof[r] Laboulbène.

Pommade contre la surdité. — Gruber.

Vératrine	0 gr. 10 cent.
Iode	0 gr. 025 milligr.
Iodure de potassium	1 gramme.
Cérat de Galien	10 grammes.

Mêlez avec beaucoup de soin sur un porphyre. — Trois fois par jour, pendant dix minutes environ, on frictionne avec gros comme un pois de cette pommade, la région de l'apophyse mastoïde, dans le cas de surdité provenant d'exsudation du labyrinthe. Lorsque la peau rougit, on interrompt la friction un jour ou deux. — N. G.

néanmoins se défendre d'une certaine appréhension lorsqu'on est en présence d'un enfant indocile, qui peut faire dévier l'instrument et donner lieu à des accidents plus ou moins graves; on éprouve même quelques minutes d'angoisse lorsque l'instrument se brise dans la gorge et surtout lorsque l'on constate qu'une portion de la lame tranchante manque à l'appel. Il est donc nécessaire de vérifier la solidité de l'amygdalotome, ce que je me reproche de n'avoir peut-être pas fait assez minutieusement, bien que cet instrument m'eût déjà servi à différentes reprises. C'est le cas d'ajouter: tout est bien qui finit bien ; mais à l'avenir j'aurai soin de choisir un amygdalotome dont l'anneau circulaire présentera une épaisseur suffisante.

Dr Edmond Barré.

BIBLIOTHÈQUE

De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. le docteur Paul Chéron. — Paris, Ollier-Henry ; 1885.

Le mémoire de notre excellent et distingué collègue a un grand mérite : celui de l'originalité. M. Chéron voulait, en effet, démontrer la fréquence de l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu et a réussi à le faire, puisque, à l'aide d'observations en grande partie personnelles, il établit son existence dans 40 p. 100 des cas. Pour ces recherches, il avait adopté comme méthode d'analyse qualitative, le chauffage de l'urine acidifiée préalablement par l'acide acétique et additionnée d'un sixième de son volume d'une solution saturée de sulfate de soude. Le trouble que la chaleur produit dans cette solution, révèle la présence de l'albumine, et, ce qui importe beaucoup, de l'albumine seule. C'est donc une réaction de valeur absolue.

Quelle est la signification clinique de cette albuminurie ? Dans la plupart des cas, elle révèle une fluxion rénale passagère, moins souvent une néphrite ou une embolie rénale ; enfin, conséquence pratique, elle démontre que le salycilate de soude n'est pas contre-indiqué dans la majorité des cas de rhumatisme avec albuminurie. Le mémoire de M. Chéron est de ceux qui seront toujours utilement consultés et qui sont dignes de tout éloge aussi bien à cause de leur valeur clinique propre que de l'expérience si autorisée de l'auteur en chimie biologique. —Ch. E.

Carcinome villeux diffus de la vessie, par MM. Cornil et Reliquet. — Paris, O. Doin ; 1886.

L'intérêt de cette brochure ne consiste pas seulement dans l'observation très remarquable, dont M. Reliquet a été le témoin et dans la description anatomique de la tumeur si magistralement examinée par M. Cornil. Elle emprunte la majeure partie de sa valeur aux considérations cliniques auxquelles se livre l'habile chirurgien sur le diagnostic, et les conditions de l'intervention opératoire dans les cas de néoplasmes vésicaux. Ici, en effet, l'histologie peut donner des indications pour le diagnostic et permettre parfois de différencier par l'étude microscopique de l'urine le papillome, tumeur de pronotic moins sombre, du carcinome, de l'épithéliome et du sarcome, néoplasmes à marche toujours fatale. C'est dire que le mémoire de M. Reliquet mérite toute l'attention des chirurgiens qui s'occupent des voies urinaires. — Ch E.

Rapport présenté a l'appui du règlement de police sanitaire maritime a l'île de la Réunion, par M. le docteur Mazaé-Azéma. — Lahuppe; Saint-Denis de la Réunion, 1886.

Ce mémoire a une valeur scientifique tout autre que celle de la plupart des documents officiels de ce genre. Il n'y a pas lieu d'en être surpris, puisqu'il est l'œuvre d'une plume exercée et d'un auteur estimé par son caractère, sa notoriété et ses importants travaux antérieurs.

Parmi les conclusions de ce rapport, remarquons celle qui, contrairement aux propositions de la Conférence de Rome, fixe à vingt jours, et non pas à cinq, la durée de l'observation pour les provenances des pays contaminés par le choléra, par la fièvre jaune, le typhus ou la peste. Cette quarantaine est réduite à quinze jours pour la variole. L'économie principale de cette réglementation est de conférer aux médecins sanitaires des pouvoirs étendus pour assurer l'exécution de ces prescriptions et au Conseil sanitaire l'initiative des délibérations sur ces mesures et sur leur promulgation. Le projet rédigé par notre savant confrère, et promulgué le 31 juillet dernier, fait autant d'honneur à son rapporteur qu'au corps médical de la colonie qui a su l'inspirer et le préparer.

Ch. E.

MANUEL D'HYGIÈNE MILITAIRE, par M. le docteur Charles VIRY. — Paris, 1886; Lecrosnier.

Le point de départ de cet ouvrage est le cours d'hygiène que notre estimé confrère professe aux élèves de l'Ecole spéciale militaire. Il s'adresse donc aux futurs officiers et a pour but « d'aider à la vulgarisation de l'hygiène dans l'armée. »

« Placer l'homme dans des conditions telles que son organisme s'y affaiblisse et que sa mortalité augmente, alors qu'il est possible de faire autrement, c'est, écrit M. Viry, une œuvre mauvaise. Ne pas songer que l'homme est un capital qui doit produire un revenu déterminé; empêcher la production en exposant le capital à des stagnations fréquentes qui deviennent des sources de dépenses inutiles comme les maladies, ou à la perte complète qu'amène la mort : c'est une faute économique. »

Voilà, certes, de sages paroles. Aussi le livre de M. Viry intéresserait, ce me semble, les fonctionnaires civils tout autant que les fonctionnaires militaires, si l'hygiène entrait plus dans les idées et les habitudes administratives de notre pays. Notre confrère est de ceux qui pensent que pour pénétrer dans les lois, l'hygiène doit auparavant passer dans les mœurs. De plus, il ne se contente pas de le penser, il le démontre. On peut encore en recommander la lecture aux médecins majors qui font des conférences aux officiers et aux sous-officiers de leur corps ou à nos confrères de la réserve ou de l'armée territoriale qui y trouveront la raison d'être, la théorie, en quelque sorte, des réglements militaires. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'empoisonnement par le laudanum; guérison, par le docteur FITZ PATRICK. (*The British med. Journal*, 3 octobre 1885.) — La relation suivante d'un cas d'empoisonnement par le laudanum montre les bons résultats qu'on peut attendre des injections d'apomorphine, dans ces cas, et des divers moyens déjà connus, mais trop souvent négligés.

Au mois de juin dernier, vers neuf heures du matin, le docteur Fitz Patrick est appelé en toute hâte auprès d'une femme qui vient d'absorber un grand verre à boire de laudanum. Il y a à peu près une demi-heure que cet accident volontaire s'est produit lorsque le docteur Patrick voit sa malade, qu'il trouve en train de se promener et assure qu'elle se trouve parfaitement bien. Après quelques difficultés, l'auteur parvient à faire accepter l'injection hypodermique d'un dixième de grain d'apomorphine (0,006), et il ordonne l'exercice au grand air dans le jardin de l'habitation.

Cinq minutes après l'injection, la malade est prise d'un vomissement abondant et commence à ressentir les effets du toxique; elle tombe dans la prostration.

On la fustige vigoureusement sur la face à l'aide d'une serviette trempée d'eau froide; on la promène à bras dans le jardin. Cinq minutes après, le vomissement se reproduit. On pratique alors une injection d'éther qui paraît agir efficacement et réveille la malade, après quoi on administre une infusion forte de café noir par petites doses fréquemment renouvelées.

On continue ainsi jusqu'à onze heures du matin. La malade se trouve assez bien alors pour pouvoir marcher, bien qu'en titubant. L'amélioration suit une marche progressive.

Il est permis de croire, étant donnée l'énormité de la dose de poison absorbée, que le succès est en grande partie attribuable à la rapidité et à l'énergie d'action de l'apomorphine. — L. Dn.

Surdité verbale; ramollissement de la partie postérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale, d'une partie du gyrus du pli courbe et du pli courbe, par John Turner, médecin de l'asile des aliénés d'Essex. — R. H..., âgé de 57 ans, est demeuré pendant deux mois dans l'asile d'Essex avant sa mort, causée par une maladie du cœur avec anasarque.

On ne peut obtenir que très peu de renseignements relatifs à son histoire pathologique et à ses antécédents. Tout ce qu'on sait, c'est qu'il y a plusieurs mois, il reçut une pièce de bois sur la tête, mais on ignore de quel côté de la tête. L'ouïe et la vue sont défectueux, mais on ne recherche pas de quel côté le fonctionnement est compromis. Les pupilles sont égales, les mouvements des globes oculaires sont normaux; il n'y a pas de strabisme. La faculté de la mémoire est très diminuée. Aux questions qu'on lui adresse, le malade répond à tort et à travers. Lui demande-t-on l'heure qu'il est à une montre qu'on lui présente, il répond : « Merci! je vais très bien. » Lui demande-t-on alors s'il entend, il répond : « Ah! oui, une montre! » A un autre moment, si on l'interroge, il fait un récit confus des circonstances de l'accident dont il est victime. C'est exceptionnellement qu'il répond correctement à la question posée, et surtout lorsque l'interrogatoire a trait à son état de santé et quand il est en proie à la dyspnée causée par son affection cardiaque; de sorte qu'il y a lieu de supposer que le malade devine, plutôt qu'il ne comprend la question qui lui est adressée. Le malade peut lire.

A l'autopsie, on trouve du côté de l'hémisphère gauche un point de ramollissement intéressant la substance cérébrale de la partie postérieure de la circonvolution temporo-sphénoïdale, une partie du lobule du pli courbe et le pli courbe. Dans la circonvolution pariétale supérieure, il existe très vraisemblablement un petit foyer de ramollissement de la grosseur d'un pois. Dans la zone ramollie la plus étendue, la désorganisation histologique porte sur une épaisseur de tissu qui, dans certains points, dépasse 1 centimètre 1/2. Mais le ramollissement de la substance corticale n'est nulle part assez profond pour intéresser les parois du prolongement du ventricule latéral. Les artères sylviennes sont athéromateuses. (*Word deafness. Softening of posterior part of first temporo-sphenoïdal gyrus and part of supra marginal and angular gyrus. — The British med. Journal*, 10 octobre 1885.) — L. Dn.

Injections hypodermiques de morphine dans les convulsions urémiques, par Scudamore Powel. (*The British medical Journal*, 10 octobre 1885.) — Le *British medical Journal* publiait, dans son numéro du mois d'août dernier, l'observation d'un cas d'éclampsie infantile dans lequel l'injection sous-cutanée de morphine avait déterminé l'arrêt de convulsions d'origine urémique. Le docteur Scudamore Powel, à cette occasion, fait connaître un fait analogue dont la connaissance peut présenter quelque utilité pratique.

L'auteur, au commencement de l'année, donnait ses soins à un enfant âgé de 6 ans atteint de fièvre scarlatine légère. Au bout d'une huitaine, l'état du petit malade était en apparence satisfaisant, bien que celui-ci fût encore faible. Malgré que la mère fût avertie du danger que faisait courir toute imprudence à son enfant, celui-ci sortit, alla et vint comme si de rien n'était, et, au bout de la quinzaine, présentait des symptômes de néphrite scarlatineuse. La peau desquamait, il y avait une anasarque généralisé. Trois jours après cette constatation, l'auteur fut appelé en toute hâte. L'enfant venait d'être pris de convulsions qui duraient depuis plus d'une heure et se succédaient sans interruption. Avant cette longue attaque dans la matinée même, vers sept heures, il y avait eu déjà une attaque qui avait duré une dizaine de minutes et s'était dissipée spontanément. En arrivant, l'auteur trouva le petit malade en proie à de violentes convulsions, parfaitement insensible à toute impression extérieure et il lui parut absolument certain que la mort ne tarderait pas à survenir dans des conditions aussi graves.

Un médecin, appelé, avait abandonné le malade comme le jugeant irrémédiablement condamné. On ne pouvait administrer aucun médicament par la bouche, et le docteur Powel, ne voulant pas attendre les effets de l'absorption lente d'un médicament quelconque par le rectum, résolut de recourir à l'injection sous-cutanée de morphine unie à l'atropine. Il injecta un demi-centigramme de morphine avec un demi-milligramme d'atropine sous la peau du bras. Au bout de cinq minutes, les attaques subintrantes cessèrent et le patient s'endormit tranquillement. La respiration redevint naturelle et la peau se couvrit d'une sueur chaude et légère.

Les attaques ne reparurent plus ultérieurement, et le petit malade finit par se tirer d'affaire. Pendant le temps nécessaire à la préparation de la solution pour l'injection, on donna un bain de vapeur dans le lit.

Ces deux observations ne doivent pas faire oublier le danger qu'il y a à user d'alcaloïdes toxiques dans ces cas où l'épuration rénale est compromise, et, si le moyen signalé mérite d'être retenu, le praticien, néanmoins, donnera toujours la préférence aux ressources classiques de la saignée, des lavements chloralés, des inhalations de nitrite d'amyle, des lavements purgatifs et des purgatifs, enfin, et par dessus tout, du régime lacté. — L. Dn.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Il n'y aurait guère lieu de s'arrêter à l'opération d'amputation du sein dont M. Daniel Mollière communiquait le récit à ses collègues, si cette lecture n'avait pas été pour lui une occasion d'exposer son *procédé d'invagination axillaire*.

Après l'évidement complet de la cavité axillaire, le chirurgien lyonnais enfonce dans cette cavité un lambeau de peau qu'il a préalablement ménagé, et le maintient à l'aide d'un fil métallique traversant le grand pectoral. Ce fil est arrêté par un plomb écrasé et représente un ligament suspenseur artificiel de l'aisselle, étale la peau dans toutes les anfractuosités, empêche l'accumulation des liquides et augmente ainsi la rapidité de la cicatrisation. Ce procédé a donc l'avantage de simplifier le manuel opératoire, de supprimer le drainage et d'assurer l'invagination cutanée beaucoup mieux que le procédé de Wolkmann.

Une autre opération de grande chirurgie a motivé la présentation par M. Vallas d'un *fibro-myome utérin sous-péritonéal* enlevé par M. Poncet. Dans le cours de cette laparotomie, ce dernier chirurgien dut réséquer 14 centimètres de l'intestin grêle dont les deux bouts furent réunis par la suture de Lambert; lier des vaisseaux qui avaient le volume du petit doigt et s'étaient développés au-devant de la tumeur; enfin comprendre entre deux ligatures le pédicule qui renfermait deux grosses vessies.

Voici deux autres opérations qui honoreront la chirurgie lyonnaise; l'une, de M. de Fortuné consistait dans l'*ablation sans suppuration d'un adénome du sein*, par le procédé de l'incision sous-mammaire, procédé mis en avant par Gaillard Thomas, et digne d'être plus souvent employé; l'autre de M. Robin, destinée au *redressement de deux pieds bots*. Le procédé suivi par M. Robin consiste à pratiquer la division sus-malléolaire des os de la jambe, soit par l'ostéotomie, soit par l'ostéoclasie.

En thérapeutique clinique, on doit noter un petit mémoire de M. Dumollard sur le *traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine*.

Ce médicament n'obtient pas la faveur de nos confrères de Lyon, qui, en grand nombre, demeurent les fidèles partisans de la médication de la fièvre typhoïde par la balnéation froide. M. Dumollard n'a pu les convaincre. Et cependant sa pratique démontre la possibilité avec des doses moyennes d'obtenir des effets antithermiques, tout en établissant l'inutilité des hautes doses de ce médicament.

L'heureux emploi *de la respiration artificielle chez un mort-né*, a été pour M. Rendu

l'occasion de plaider une fois de plus en faveur de cette pratique. Le cas qu'il a cité était celui d'un nouveau-né en asphyxie depuis quarante-cinq minutes. Par sa persévérance, M. Rendu provoqua le retour définitif des mouvements respiratoires. Il conclut encore de ce fait clinique à la nécessité d'ausculter attentivement les battements du cœur fœtal pendant la durée du travail, de hâter l'expulsion par le forceps dès qu'ils cessent de se faire entendre, et de pratiquer avec constance la respiration artificielle.

M. Albertin a présenté une pièce anatomique relative à la *bosse crânienne des scieurs de long*. Cette déformation professionnelle a été signalée par M. Poncet, et, au point de vue anatomique consiste, en un véritable durillon osseux de la calotte du crâne. Cette pièce anatomo-pathologique confirme donc les observations de M. Poncet sur le vivant.

Le *diagnostic de l'ascite* au début présente de réelles difficultés pratiques. M. R. Tripier s'est efforcé de les faire disparaître dans une lecture où il insiste sur la mobilité utérine comme moyen de différencier l'ascite avec les kystes ovariques. Cette conclusion n'a pas été admise sans objection. M. Lépine, entre autres, a déclaré que le meilleur signe de l'ascite commençante, est encore la sensation de flot ; mais à la condition de le rechercher au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures, au-dessus du ligament de Fallope et non pas, comme on le fait trop souvent à tort, en se contentant d'appuyer une main le long de la ligne blanche pendant que de l'autre main on percute sur les flancs.

Sous la rubrique de *périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent*, M. Laroyenne abordait une autre face du problème des épanchements abdominaux, de nature purulente, séreuse ou hématique. Ce mémoire est une contribution à l'étude des épanchements éloignés dans les pelvi-péritonites que M. Williams abordait dernièrement et une confirmation des conclusions de cet observateur.

La Société des sciences médicales de Lyon est, de tous les corps savants des départements, celui où les communications sont les plus nombreuses. Aussi, parmi celles de ce trimestre, je signalerai encore les suivantes dont la valeur ne le cède en rien aux précédentes. C'est d'abord une note de M. Riel, sur un *cas d'uréthrite rhumatismale* ; ensuite : une *étude critique et clinique sur les altérations des dents attribuées à la syphilis héréditaire*, enfin, la présentation par M. Dufourt, d'un malade atteint de *paralysie radiculaire du plexus brachial du côté gauche*. Cette énumération incomplète de travaux aussi nombreux que variés, témoigne à la fois en faveur de la vitalité de ce corps savant, de la fécondité de la jeune Université de la seconde capitale de la France et de l'activité du centre scientifique lyonnais. — C. L. D.

FORMULAIRE

Solution officinale d'ergotine. — Bonjean.

Ergotine Bonjean.....	1 partie.
Hydrolat de laurier-cerise.....	7 parties.

Dissolvez à une très légère chaleur, au bain-marie, laissez reposer cinq jours, filtrez avec soin, sans agiter le dépôt qui s'est formé au fond du vase. Traitez par le charbon animal lavé, en poids égal à celui de l'ergotine employée, prolongez le contact vingt-quatre heures, en agitant fréquemment et filtrez. Conservez dans un flacon bouché à l'émeri. — Cette solution, de couleur ambrée, équivaut à peu près, pour un gramme, à un gramme d'ergot de seigle de bonne qualité. Elle se conserve limpide indéfiniment, tandis que les solutions habituellement usitées pour injections hypodermiques, et dans lesquelles il entre de la glycérine, renferment des moisissures au bout d'un certain temps. — N. G.

COURRIER

Concours. — Le concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 9 août 1886, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 6 septembre; — à Nancy, le 13 septembre; — à Lyon, le 16 septembre; — à Montpellier, le 20 septembre; — à Bordeaux, le 23 septembre.

— Un concours pour la nomination à trois places de pharmaciens dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le samedi 1er mai 1886, 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 29 mars jusqu'au mercredi 14 avril inclusivement, de onze heures à trois heures.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le jeudi 1er avril 1886. Il sera clos le samedi 17 avril, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 avril.

2° Inscriptions de troisième et de deuxième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16 et samedi 17 avril.

MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du lundi 12 avril 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 deuxième trimestre de 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.

— M. L.-G. Richelot, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie externe, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 29 mars, à 3 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. — *Les fractures et les luxations.*

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. P. Duroziez : Premier cas de l'emploi de l'iodure de potassium dans les anévrysmes. — II. Bibliothèque : De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge. — III. Revue des Journaux : De l'hémiatrophie de la langue. — Modification au procédé d'Ehrlich pour la coloration des bacilles tuberculeux des tissus. — IV. Sociétés médicales des départements : Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon (4e sem. 1885). — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Premier cas de l'emploi de l'iodure de potassium dans les anévrysmes.

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 mars 1886,

Par P. Duroziez.

On lira avec intérêt le récit du premier cas d'anévrysme où l'iodure de potassium a été employé ; dans la même observation, nous trouvons mentionné, en 1858, le double souffle crural que nous n'avons publié qu'en 1861. C'est J. Bouillaud qui le premier a préconisé l'emploi de l'iodure de potassium dans les anévrysmes, avant les Anglais.

On lit dans la *Gazette des hôpitaux*, 8 février 1859, un article intitulé : « Hôpital de la Charité. M. Bouillaud : Deux cas d'anévrysme traités par l'iodure de potassium ; disparition peu à peu complète de l'un, amélioration sensible de l'autre. » Il est dit dans l'article que Bouillaud emploie l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes dans les anénrysmes de l'aorte, dans sa clientèle. Notre observation date de juin 1858 et l'article de février 1859.

Or, nous lisons dans les Leçons de clinique thérapeutique de Dujardin-Beaumetz (1885) : « C'est le docteur Chuckerbutty (De l'iodure de potassium dans le traitement des anévrysmes, *Bull. de thérap.*, t. LXIII, p. 433), médecin à l'hôpital du Collège de Calcutta, qui a fait connaître en 1862 cette médication, et, si les premières observations qu'il a rapportées ne sont pas très convaincantes, il n'en est pas de même des faits observés depuis. G.-W. Balfour a publié, en 1868 et en 1872, 12 cas d'anévrysme où l'iodure de potassium a fourni des résultats avantageux, etc... »

Chuckerbutty et Balfour arrivent donc trois et neuf ans après Bouillaud.

L'iodure de potassium trouve en Bouillaud un introducteur illustre, sur lequel pourront s'appuyer ceux qui préconisent l'emploi des iodures dans l'artério-sclérose.

Chevrier, 60 ans, marchande des quatre saisons, née à Paris, entre, le 14 juin 1858, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 14.

Son père a été tué à 59 ans; il était asthmatique. Sa mère, âgée de 88 ans, est à la Salpêtrière; elle a eu sept enfants, dont quatre sont morts jeunes de convulsions; les deux autres sont bien portants, l'un est tourneur, l'autre blanchisseuse. Une seule maladie à 11 ans.

Réglée à 13 ans, elle a eu à cette époque quelques accidents. A 30 ans, elle a ressenti les premières palpitations. A 55 ans, elle est restée six semaines à Saint-Louis; elle avait de l'étouffement; on a appliqué un vésicatoire; le calme a été rapide. Battements artériels et tumeur au cou.

L'an dernier, elle a passé deux fois deux mois à l'Hôtel-Dieu. Au commencement de l'année, œdème des deux jambes chez Rayer. Jamais elle n'a toussé; jamais elle n'a eu de point de côté. L'appétit était excellent; jamais aucun dérangement des intestins, ni de douleur de reins; elle a pu continuer son commerce jusqu'à son entrée, bien que les jambes fussent enflées. Elle a eu un enfant qui est mort à 9 mois; elle s'est mariée à 44 ans; son mari est plus jeune qu'elle de six mois.

Etat actuel vers la fin d'août. — P. 68, régulier. Souffle au premier temps un peu sibilant, tout à fait à la base du sternum, au niveau du cul-de-sac péricardique, sous l'oreille, très superficiel, couvrant complètement toute espèce de tic tac, sans frémissement. Le souffle du deuxième temps tend aussi à devenir sifflant, musical, et s'affaiblit à la pointe. Sous la clavicule droite, mélange de claquements et de deux souffles, les souffles masquant les claquements qui se dégagent mieux à gauche. Les battements artériels se dessinent bien sur les parties latérales du cou et vers le creux sus-sternal. Léger frémissement au-dessous de la clavicule droite. Frémissement bien plus sensible au niveau de la tumeur pendant la systole seulement. Soulèvement considérable avec impulsion et locomotion. Les veines sont fortement dilatées. La tumeur est croisée par la jugulaire externe; la partie la plus considérable de la tumeur est en dehors et en arrière de la jugulaire. La malade étant assise, on sent le frémissement jusque vers le bord externe du sterno-mastoïdien. La tumeur est surtout au bord externe et postérieur de l'artère, à deux travers de doigt après l'origine de l'artère.

On perçoit à son niveau quelque chose d'analogue aux mouvements du cœur. Il n'y a pas de douleur. Le stéthoscope est soulevé comme par la pointe du cœur hypertrophié. On entend le toc artériel, quand on ne comprime pas. A distance, on entend le toc, l'oreille nue. En comprimant un peu, le souffle absorbe le toc. Régularité parfaite. Peu de soulèvement du stéthoscope à la pointe; presque pas de claquement à la pointe.

D'après la malade, la tumeur a notablement diminué depuis trois ans.

Depuis qu'elle est dans le service, M. Bouillaud dit qu'elle a considérablement diminué sous l'influence de l'iodure de potassium. Le pouls est régulier, un peu vibrant, l'artère se déplace un peu. Je note un double souffle au cœur, à la carotide, à la crurale; il devient faible le long de l'aorte en arrière. Beau double souffle crural. Peu d'impulsion de la pointe. Peu de claquement. Matité et battements au niveau du sternum. Bruit d'étrille. Dilatation aortique. Les souffles diminuent à la pointe. Donc, outre l'anévrysme de la carotide, anévrysme de l'aorte ascendante et insuffisance aortique. Iodure de potassium, 1 gramme; 20 centigrammes de poudre de digitale.

Le 2 septembre. — Mêmes souffles au cœur et à la crurale.

Le 23. — Pouls 60. Poudre de digitale, 20 centigrammes, en pilules.

Le 24. — Pouls 52.

Le 27. — Pouls 68. Deux pilules tous les jours depuis qu'elle est ici. Avant de venir ici, elle ne prenait pas de digitale depuis trois mois; elle s'est toujours trouvée mieux quand elle en a pris.

Le cœur est toujours gros, modérément abaissé. La matité est considérable à droite avec battement et double souffle; le second souffle est piaulant, musical, prolongé, allant jusqu'à la pointe en perdant toutefois son timbre musical. On n'entend pas facilement le deuxième claquement. Double souffle carotidien avec battement au-dessus des clavicules. Peu de gonflement des jugulaires. Pas de pouls veineux. Double souffle crural; le second souffle est net, mais peu intense. Quand on soulève le stéthoscope, on entend un bruit continu en même temps que l'insuffisance aortique. La tumeur du cou a diminué et se réduit à peu de chose. Peu d'accidents. Pas d'enflure des jambes depuis qu'elle est ici. Auparavant, elle marchait de six heures du matin à huit heures du soir; ses jambes étaient très enflées. L'appétit est resté bon; la respiration est bonne; bon sommeil sans cauchemars.

Remarques. — Quand nous avons pris ces notes, nous ne pensions pas que l'iodure de potassium fournirait la carrière que nous l'avons vu parcourir. Cette femme nous disait que, depuis trois ans, la tumeur diminuait; nous pensions que la continuation du mieux n'était pas extraordinaire. Bouillaud a persévéré et a eu raison. Il fallait tenir compte aussi du repos auquel cette femme n'était pas habituée et du régime de l'hôpital peut-être moins alcoolique, pour expliquer la précipitation vers le mieux. En somme, je n'avais pas été stupéfait.

Nous rappelons le double souffle crural que nous n'avions pas indiqué à

Bouillaud, nous savions qu'il serait mal accueilli. L'insuffisance aortique était à tort considérée comme anglaise; Corrigan ne connaissait que le pouls auquel on a donné son nom, mais ne connaissait pas le souffle du deuxième temps; pour lui, c'était bien plus une lésion de l'aorte qu'une insuffisance des valvules; l'aorte, en se dilatant, dilatait l'orifice. C'est en France, Charcelay, Guyot, qui ont montré le souffle du deuxième temps. Bouillaud n'aimait pas l'insuffisance aortique, et expliquait bien des souffles du deuxième temps par le péricarde. Tout ce qui venait appuyer l'insuffisance aortique était mal venu; et un souffle du deuxième temps perçu dans la crurale ne pouvait être péricardique. Bouillaud n'a pas appuyé de sa grande autorité notre double souffle crural qu'il a critiqué sévèrement. Nous lui devons assez pour ne pas blâmer son patriotisme trop rigoureux.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'EXISTENCE DE LA PNEUMONIE LOBAIRE CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE, par M. le docteur CARRON DE LA CARRIÈRE. — Paris; Asselin, 1886.

Entre ceux qui regardent la pneumonie comme fréquente dans les deux premières années de la vie et ceux qui mettent en doute son existence, notre confrère n'hésite pas à prendre parti pour les premiers. Il est vrai que, pour le démontrer, il fait appeler à l'observation clinique, et, avec l'appui de cette dernière, cite des cas favorables à l'opinion déjà ancienne de Valleix et de Barrier, confirmée d'ailleurs par MM. Descroizilles, Rilliet et Barthez, Labric, Jules Simon et autres cliniciens autorisés.

Il condamne donc ceux qui mettent en doute cette pneumonie et la regardent comme une broncho-pneumonie à forme pseudo-lobaire ou bien à noyaux confluents. Certes la broncho-pneumonie de l'enfant est plus fréquente que la pneumonie lobaire; néanmoins celle-ci existe, d'après M. de la Carrière, et on ne serait pas autorisé à en faire une pneumonie pseudo-lobaire suraiguë. Cette affirmation a contre elle M. Cadet de Gassicourt.

Au reste, le diagnostic de la pneumonie lobaire infantile n'est pas aisé; pour le justifier, notre confrère s'appuie principalement sur la marche cyclique de la fièvre et la brusquerie de la défervescence sur les courbes thermométriques. Les arguments de M. de la Carrière suffiront-ils pour convaincre les adversaires de l'opinion qu'il soutient? Je l'ignore; en tout cas, il jette quelques lumières sur cette question très controversée, et, à ce point de vue, mérite lecture. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

De l'hémiatrophie de la langue, par L. HIRT. — C'est Fairlie Clarke qui a, le premier, attiré l'attention sur cette lésion et sa signification diagnostique dans certaines maladies nerveuses. En France, un mémoire de M. Ballet la présente comme un signe de présomption en faveur de l'ataxie locomotrice. Le cas de Cuffer rentre dans cette règle, puisqu'il s'agissait d'une paralysie bulbaire associée au tabes. Charcot, Erb, Strümpell admettent également sa filiation éventuelle avec l'ataxie. Une thèse vient d'être soutenue, à Paris, sur l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique (J. Arnaud). En Allemagne, d'ailleurs, il a été peu écrit à ce sujet. Le fait recueilli par Hirt et Buchwald nous donne une bonne observation d'hémiatrophie droite sous la dépendance d'une tout autre affection que le tabes.

C'est une femme de 76 ans, chez laquelle la maladie générale a évolué tout d'abord dans le sens d'une paralysie bulbaire progressive; puis un examen plus approfondi, qui a révélé, en particulier, une paralysie complète du nerf récurrent droit (laryngoscope), a permis de poser le diagnostic d'hémorrhagie bulbaire, ou de ramollissement embo-

lique des noyaux de l'hypoglosse droit et accessoire du vague. L'ataxie locomotrice ne pouvait être en question. En présence de l'hémiatrophie de la langue, on devra donc compter en seconde ligne avec les lésions bulbaires en foyer. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 26, 1885.) — R. L.

Modification au procédé d'Ehrlich pour la coloration des bacilles tuberculeux des tissus, par G. Fütterer. — L'écueil du procédé d'Ehrlich réside dans la difficulté de décolorer suffisamment les coupes dans l'alcool acidulé sans nuire à la coloration des bacilles eux-mêmes. Dans la modification proposée, l'emploi du chlorure de palladium obvie à cet inconvénient. On obtient ainsi des bacilles ressortant d'une façon remarquable sur un fond uniformément décoloré, et les préparations paraissent devoir se conserver plus longtemps avec le contraste de coloration nécessaire. Les phases de l'opération sont les suivantes :

Coloration des coupes par le procédé d'Ehrlich.

Décoloration dans l'alcool acidulé (trois gouttes d'acide nitrique dans un verre de montre d'alcool absolu), où les coupes resteront jusqu'à ce qu'elles n'aient plus qu'une teinte rosée.

Séjour de la préparation, pendant une minute, dans une solution de chlorure de palladium au 1/500e filtrée chaque fois. — Lavage dans l'eau.

Retour pendant quelques minutes dans l'alcool acidulé.

Huile de cade. — Baume de Canada bien dissous dans la térébenthine.

Ce procédé est également applicable au bacille de la lèpre. (*Arch. f. pathol. Anat. und Phys., etc.*, v. Virchow, CI, 1, 1885.) — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX DE LYON PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Le *traitement de l'hydrocèle vaginale* par l'incision a obtenu les faveurs de M. Augagneur qui, sans hésitation, l'applique dans tous les cas et le préfère aux injections. A cet effet, il incise la peau et la vaginale, excise la partie de cette séreuse qui se trouve à découvert par l'écartement des lèvres de la plaie, fait trois sutures métalliques profondes et plusieurs superficielles et termine par un pansement avec l'étoupe salicylique.

Les suites de cette intervention opératoire sont simples, dit son auteur. En outre, ce procédé, ajoute-t-il, a l'avantage d'être plus chirurgical et plus antiseptique. L'adossement par les surfaces séreuses serait le mécanisme de la guérison.

En présentant un malade atteint du *panaris de Morvan*, ce même observateur considère cette lésion comme d'origine tropho-névrosique; il rappelle qu'elle a été décrite par Morvan (de Lannilis, Finistère) sous le nom de paréso-analgésie avec panaris des extrémités supérieures et depuis désignée sous celui de panaris nerveux.

Le pouce gauche était le siège du panaris dans le cas qui motivait cette communication. Les doigts des deux mains ont été tour à tour et symétriquement envahis, depuis dix-huit ans, époque du début de cette maladie. Les premiers symptômes sont la diminution de la sensibilité de la dernière phalange, de vives douleurs, une phlyctène sous-unguéale et plus tard une nécrose phalangienne. La chute du séquestre fut suivie de la guérison.

Dans le cas actuel, on ne pouvait trouver la cause de l'affection, ni dans une névrite ascendante post-traumatique, ni dans des antécédents alcooliques. L'origine de ces manifestations morbides était donc obscure et l'observation actuelle diffère de celles qui ont été antérieurement publiées.

Non moins exceptionnel est le fait clinique d'*embolies successives simulant une granulie*, dont M. Renaut a donné le récit. Un thrombus oblitérait la veine fémorale droite; un autre obstruait le sinus longitudinal supérieur au niveau du lobule paracentral; un infarctus hémoptoïque du volume d'une noix occupait le lobe inférieur du

poumon droit. En l'absence de tuberculose récente et à défaut de symptômes de puerpéralité, il était impossible de trouver la raison de ces altérations anatomiques auxquelles, pendant la vie, correspondaient les symptômes de la granulie. C'est donc « comme une pierre d'attente », pour d'autres faits analogues, que M. Renaut signale cette observation.

Tel est encore le cas d'*ophthalmie sympathique* observé par M. Gayet. A la suite d'une plaie cornéenne, l'œil sain devint insensible à la lumière, et pour suspendre la marche menaçante, M. Gayet procéda à l'énucléation de l'œil blessé. Cette extirpation prévint l'envahissement de l'œil sain par les cellules migratrices du chiasma. Ce fait clinique méritait d'autant plus d'être signalé, qu'il est le second seulement dont l'histoire soit publiée jusqu'à ce jour. — C. L. D.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement très efficace des attaques d'hystérie.

Par M. le docteur Marc Chaumont.

On entend beaucoup parler des hystériques depuis quelques années. Tantôt on décrit chez elles un signe somatique encore peu soupçonné; tantôt on attache une importance extrême à un phénomène de l'ordre intellectuel. On va même jusqu'à suggérer les choses les plus osées à ces malades, préalablement hypnotisées, et, à leur réveil, elles exécutent fidèlement l'ordre donné. Les hystériques enfin, exploitées par des magnétiseurs étrangers à la médecine et conduites dans des salons mondains, font parade, dit-on, de leurs petits talents de société devant des amateurs interlopes et blasés.

En province, nous ne nous doutons point de ces choses, d'ailleurs assez tristes. Pour nous, une hystérique convulsive est une grande malade, et nous tenons à honneur de la traiter le moins mal possible et de la guérir. Quant à faire d'elle une marionnette amusante, courant le cachet et vivant de sa névrose, nous n'y pensons guère.

Puisque l'on oublie toujours de nous parler de la thérapeutique de l'hystérie, je tiens à résumer en quelques lignes les résultats assez heureux de ma pratique personnelle. Comme médecin d'une manufacture employant un nombre très considérable de femmes, j'ai vu, en effet, beaucoup d'hystériques, et j'en suis arrivé à croire que l'on peut pour elles beaucoup plus qu'on ne le croit généralement.

Pour un certain nombre de malades, je commence d'abord par m'occuper de l'état général. Lorsque, à l'aide de l'huile de foie de morue, de la gentiane, du fer, du quinquina, de la bière, des douches froides ou des bains de rivière, je suis parvenu à me préparer une bonne base d'expérimentation, j'administre, si les attaques d'hystérie apparaissent fréquemment, trois petites cuillers à café de Sirop de Henry Mure, dans un quart de verre d'eau, au moment même du repas, à midi et le soir, pendant un mois. Les crises s'arrêtent, la malade est moins nerveuse, plus calme, mieux disposée, et elle travaille avec un entrain soutenu. Je profite de cette accalmie manifeste pour suspendre le médicament, prescrire de l'exercice, ordonner du lait en guise de tisane et ne pas négliger certaines recommandations appropriées à l'état, à la situation et même aux idiosyncrasies de chacune d'elles.

Au bout d'un mois, de six semaines et parfois de deux mois, quand même aucune attaque hystérique ne se serait produite dans l'intervalle, je reprends comme précédemment l'usage du sirop de Henry Mure, aux mêmes doses, pendant un mois (période menstruelle comprise), puis j'attends de nouveau un, deux ou trois mois, ne faisant que soutenir les forces générales, surveillant l'alimentation et conseillant, selon le cas ou la saison, soit de l'hydrothérapie, soit quelques bains sulfureux ou alcalins, soit des frictions sèches sur tout le corps, matin et soir.

Je reviens à la charge de la même manière encore plusieurs fois, et, le plus généralement, les crises d'hystérie sont enrayées au bout d'un an ou de dix-huit mois. Sans

doute les malades restent exposées à des impatiences, à des irritabilités, à des pleurs non motivés, ou à des manifestations jalouses passagères, surtout à l'époque des règles, après une contrariété vive, ou sous l'influence de certaines particularités atmosphériques (neige ou orage), mais les attaques ne se montrent plus ou n'apparaissent que très rarement.

Le remède est d'ailleurs si bien à côté du mal que les femmes elles-mêmes, lorsqu'elles se sentent *énervées*, selon leur propre expression, se prescrivent et s'administrent le médicament pendant une huitaine de jours, jusqu'à ce qu'elles se sentent sûres d'elles.

Comment le sirop de Henry Mure, qui doit au traitement de l'épilepsie son immense succès en Europe et en Amérique, n'a-t-il pas été inscrit en tête des médications anti-hystériques ? Il réussit, je l'affirme, dans les neuf dixièmes des cas, mais à la condition d'être donné à une dose relativement faible et intermittente. Tandis que ce médicament si efficace n'a déterminé la guérison d'un grand nombre d'épileptiques qu'à l'aide de doses assez élevées et longtemps continuées, il ne conduit, au contraire, à des résultats précieux dans l'hystérie que moyennant un dosage moindre et un usage continu. Voilà ce qui, je crois, n'a jamais été dit, et ce qui est cependant d'une importance pratique bien considérable.

L'association de différents bromures entre eux et la combinaison de certains agents thérapeutiques avec le bromure de potassium échouent constamment. Le bromure de potassium, d'autre part, est bien rarement livré pur. Ce qui justifie la vogue du sirop de Henry Mure, c'est que tous les médecins de tous les pays savent que ce médicament renferme un bromure exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à café contient mathématiquement 50 centigrammes de sel et que cette préparation, appliquée au traitement des névroses convulsives, a déterminé partout les guérisons les plus durables. Le succès appelle le succès.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Sur une des causes de la mort prompte post opératoire faussement attribuée au choc traumatique (œdème cérébral consécutif à une néphrite interstitielle). — De la laryngotomie inter-crico thyroïdienne ; discussion. — Hernie inguinale congénitale étranglée ; ectropie testiculaire, castration, résection du sac ; guérison. — Election d'un membre honoraire.

M. Ch. Monod, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Terrier, relative à la statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service de l'hôpital Bichat pendant l'année 1885, communique un fait de mort post opératoire qu'il aurait, dit-il, volontiers attribuée au choc traumatique, si l'autopsie ne lui avait fait découvrir une lésion peu considérable en apparence, mais très suffisante cependant pour expliquer la terminaison fatale.

Il s'agit d'une femme de 72 ans, atteinte de hernie crurale étranglée depuis deux jours environ lorsque M. Monod fut appelé auprès de la malade. Elle était dans un état adynamique assez prononcé. Tenant compte de cet état général mauvais, et après s'être assuré de l'irréductibilité de la hernie, M. Monod procéda, séance tenante, à la kélotomie avec chloroforme prudemment administré.

L'opération ne présenta aucun incident particulier ; l'étranglement levé, l'intestin ayant été reconnu sain, l'anse herniée fut réduite. — Suture, drain et pansements de Lister.

Aucun phénomène réactionnel ne se produisit. La malade demeura dans un état de collapsus marqué, bien que, contrairement à sa pratique habituelle, M. Monod ne lui eût administré ni morphine ni opium. Les toniques, les injections sous-cutanées

d'éther furent impuissants à la relever; elle succomba sans agonie, et pour ainsi dire sans qu'on s'en aperçût, vingt-quatre heures après l'opération.

Il paraissait naturel de rapporter la mort au choc traumatique, et même, au premier abord, l'autopsie parut autoriser cette interprétation. Pas trace de péritonite; foie un peu congestionné, légèrement granuleux; poumons très fortement hypérémiés, surtout aux bases; coloration feuille morte du cœur avec dégénérescence graisseuse très apparente dans le ventricule droit; reins de volume normal, mais bosselés, granuleux à la surface, parsemés de cavités kystiques; néphrite mixte, avec prédominance interstitielle confirmée par l'examen microscopique. Enfin, l'ouverture de la cavité crânienne et l'examen du cerveau et de ses enveloppes révélent l'existence d'un œdème cérébral auquel M. Monod croit devoir rapporter la mort de la malade, et qui serait, suivant lui, consécutif aux lésions rénales sus-indiquées, lésions produisant une urémie à formes atténuées, mise en lumière par les recherches du docteur Raymond, urémie qui apparaît et évolue sans attaques convulsives, sans phénomènes antécédents notables. Du reste, ce n'est pas seulement après la kélotomie, mais après toute opération chirurgicale que la mort, chez le vieillard, peut se produire par ce mécanisme.

— M. Richelot fait une communication sur la *laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*.

Il rapporte, pour démontrer la valeur de cette opération *chez l'adulte*, cinq observations personnelles.

Il montre comment, depuis Trousseau, les chirurgiens ont cherché à modifier la trachéotomie, pour la rendre moins dangereuse, et notamment pour se défendre contre l'hémorrhagie. Malgré ces tentatives, la trachéotomie chez l'adulte est restée une opération pleine d'écueils. Depuis que Krishaber a remis au jour le procédé de laryngotomie anciennement proposé par Vicq-d'Azyr, nous sommes en possession d'une opération très facile, dans une région toujours accessible, où on ne peut blesser ni gros vaisseaux ni organes importants.

M. Richelot insiste sur quelques points essentiels du manuel opératoire : inutilité du thermo-cautère, recherches des points de repère, incision de la peau, des couches sous-cutanées, de la membrane crico-thyroïdienne, introduction de la canule. Il traite la question de la forme de cet instrument (canule à bec de Krishaber), de son diamètre (9 à 10 millimètres), et celle de la section du cartilage cricoïde, qui n'est pas ordinairement nécessaire, mais qui, dans certaines conditions, peut être un utile adjuvant.

M. Richelot réfute les objections que M. Desprès, dans les discussions antérieures de la Société de chirurgie (en 1878 et en 1882) avait formulées *a priori* contre l'opération de Krishaber. Puis il termine par un court parallèle entre cette opération et la trachéotomie, montrant que, si on met à part les cas où il faut nécessairement ouvrir la trachée pour un obstacle situé au-dessous de la région crico-thyroïdienne, et aussi les cas où les altérations du larynx sur la ligne médiane sont très avancées, la trachéotomie est toujours plus dangereuse, plus difficile, plus aléatoire que l'opération rivale. Conclusion :

« Chez l'adulte, quand le choix du chirurgien est libre entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tout point, la seconde est une imprudence. »

Le travail de M. Richelot sera publié *in extenso* dans nos colonnes.

M. Verneuil appuie de toutes ses forces et de toute son autorité les conclusions de M. Richelot. Il déclare, comme il a eu déjà l'occasion de le dire, que, à son avis, la trachéotomie chez l'adulte est une opération destinée à disparaître de la pratique ou du moins à devenir une rare exception. Quant au procédé opératoire, M. Verneuil estime que le thermo-cautère est très utile.

M. Le Dentu profite de la communication de M. Richelot pour faire connaître un cas de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne qu'il a eu l'occasion de pratiquer il y a quelques années et qui lui a permis de constater la grande facilité d'exécution, ainsi que les suites aussi simples que favorables de cette opération.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 à 25 ans atteint de laryngite tuberculeuse avec symptômes d'asphyxie imminente. M. Le Dentu, avec l'aide de M. Krishaber, pratiqua

la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au moyen du thermo-cautère. Une incision sur la ligne médiane conduisit rapidement sur la membrane crico-thyroïdienne qui fut ouverte par une ponction de 2 ou 3 millimètres suffisante pour laisser pénétrer avec la plus grande facilité la canule conoïde de Krishaber.

A la suite de cette opération, il ne se produisit aucun accident, pas même la dysphagie temporaire dont a parlé M. Richelot dans sa communication. Il n'y eut pas de suppuration, la canule fut absolument tolérée et demeura en place pendant trois semaines ou un mois sans qu'il fût nécessaire de la changer.

M. Le Dentu ne pense pas que le thermo-cautère soit nécessaire pour la pratique de cette opération ; le thermo-cautère, en effet, n'a guère d'autre avantage que de prévenir l'hémorrhagie et cet accident n'est jamais à craindre dans la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Il suffit, pour l'ouverture de la membrane d'une simple ponction avec le bistouri qui permet l'introduction facile de la canule sans déchirure étendue de la membrane.

Quant au choix de la canule, M. Richelot a parfaitement raison en disant qu'il faut donner la préférence à la canule conoïde ou canule à bec de Krishaber. Cette canule dont le volume correspond au n° 5 de la filière de Krishaber a un diamètre d'environ 9 millimètres qu'il convient de ne pas dépasser. Elle pénètre sans difficulté dans l'ouverture de la membrane crico-thyroïdienne.

En résumé, il lui paraît démontré que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est supérieure à la trachéotomie chez l'adulte. Cette dernière opération expose toujours le chirurgien à de chaudes alertes ; elle tient toujours suspendue sur sa tête la crainte de l'hémorrhagie, laquelle peut devenir rapidement très abondante et même mortelle. Elle s'accompagne parfois, chez l'adulte et le vieillard, d'une hémorrhagie tardive en nappe qui, dans un cas observé par M. Le Dentu, entraîna en quelques heures la mort du malade, accident qui n'aurait pas eu lieu avec la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. A l'avenir M. Le Dentu déclare qu'il n'hésitera pas à pratiquer cette opération de préférence à la trachéotomie. La seule réserve à faire est relative à un accident que M. Nicaise a signalé, la fracture du cartilage cricoïde.

M. Nicaise annonce qu'il donnera lecture, dans la prochaine séance, des conclusions du rapport auquel M. Le Dentu vient de faire allusion. Elles sont, du reste, conformes à celles de la communication de M. Richelot. M. Nicaise rappelle qu'il fit à cette époque, avec M. Krishaber, de nombreuses expériences sur le cadavre, dans plusieurs desquelles ils constatèrent la fracture du cartilage cricoïde par l'introduction de la canule. Il estime que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est une excellente opération, mais qu'elle exige l'emploi d'une canule de petit diamètre afin de ne pas produire la fracture du cartilage cricoïde et la déchirure plus ou moins étendue de la muqueuse au-dessous du bord inférieur de ce cartilage.

M. Marchand a éprouvé, dans un cas, de très grandes difficultés opératoires qui ont rendu très longue et très pénible l'opération de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; il pense que la pratique de cette opération exige une étude préalable très attentive du manuel opératoire.

M. Kirmisson rappelle que, dans une operation de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne pratiquée par M. Gosselin, chez un homme de 57 ans, il se produisit une fracture du cartilage cricoïde. L'introduction de la canule fut difficile et exigea une certaine force. M. Kirmisson pense qu'il serait préférable, au moins chez les vieillards, de faire la crico-ectomie de Nélaton conseillée par M. le professeur Panas.

Suivant M. Kirmisson, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ne saurait se substituer, dans tous les cas, à la trachéotomie. Elle suppose une précision dans le diagnostic qui n'est pas toujours possible. Dans un cas observé par M. Kirmisson, la canule pénétra en plein dans un néoplasme du larynx.

M. Richelot répond que presque toutes les opérations de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne connues jusqu'à ce jour ont été d'une exécution facile. C'est prendre les choses à l'inverse de ce que l'expérience nous apprend, que de dire la trachéotomie facile et la laryngotomie difficile, comme semble l'indiquer M. Marchand.

Relativement à la fracture du cartilage cricoïde, M. Richelot fait observer que M. Gosselin s'est servi d'une canule de 12 millimètres, volume beaucoup trop considérable et qui expose à la fracture, comme l'ont démontré MM. Nicaise et Farabeuf.

Quant à la crico-ectomie proposée et pratiquée par M. Panas, à l'exemple de son maître Nélaton, elle est moins simple que la laryngotomie et moins expéditive. Sans doute Nélaton avait eu raison de remonter plus haut que la trachée, mais il convient de monter plus haut encore et d'arriver à l'espace inter-crico-thyroïdien. La laryngotomie a tous les avantages de la crico-ectomie et elle nous éloigne encore plus des vaisseaux et des organes dangereux.

— M. le docteur Le Bec lit une observation intitulée : *Hernie congénitale étranglée; — ectopie testiculaire; — castration; — résection du sac; — guérison.*

Nous reviendrons sur cette observation à l'occasion du rapport de la commission chargée de l'examiner.

— M. Guéniot ayant demandé d'échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire, un scrutin a eu lieu dans le courant de la séance, à la suite duquel l'honorable et savant chirurgien a été nommé membre honoraire par 18 voix sur 19 votants. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Contagion de la fièvre typhoïde. — Mécanisme des épanchements hémorrhagiques dans le cancer de la plèvre. — Influence de l'eau sur la nutrition.*

A l'occasion du procès-verbal, M. Gérin-Roze apporte, à l'appui de l'opinion qui veut que la fièvre typhoïde soit contagieuse, un nombre important de cas. Sur 380 observations de fièvre typhoïde qu'il a suivies dans les hôpitaux Tenon, Bichat et Lariboisière, il a relevé 15 cas de contagion très évidents. Or, ces cas se répartissent ainsi : Sur 204 cas qu'il a vus à Tenon et à Bichat, M. Gérin-Roze n'a trouvé que 2 cas déclarés à l'intérieur de son service. A Lariboisière, sur 178 cas, il a trouvé 13 cas intérieurs, dont 2 ont été suivis de mort. Sur les 15 cas de contagion qu'il a réunis en tout se trouvaient 7 infirmiers. La différence entre la rareté des cas de contagion à Tenon et à Bichat et leur fréquence relative à Lariboisière s'explique par les bonnes conditions hygiéniques des deux premiers hôpitaux, l'aération des salles, la disposition convenable des latrines, tandis que les conditions opposées se trouvent réalisées à Lariboisière, où l'encombrement continue à être tel que M. Gérin-Roze a jusqu'à 45 malades dans une salle de 34 lits.

M. Duguet énumère les cas de contagion très évidents qu'il a eus dans le même hôpital Lariboisière depuis trois ans. Ils se montent à 9, dont 2 suivis de mort. En 1882, ont été frappés de fièvre typhoïde, dans son service, une fille de salle qui portait habituellement les bassins des typhoïsants aux latrines, un malade atteint de paralysie agitante, dont le lit était à côté des cabinets (mort); en 1883, un homme en traitement pour une pleurésie interlobaire avec vomique; un homme atteint d'atrophie musculaire progressive employé comme infirmier auxiliaire; un malade porteur d'un kyste hydatique du foie, un autre en traitement pour une syphilis secondaire; en 1884, un autre malade atteint de kyste hydatique du foie; en 1885, une femme ayant une arthrite du poignet gauche, et encore un homme atteint de kyste hydatique du poumon (mort). M. Duguet insiste sur la singularité par suite de laquelle, sur 9 malades ayant pris la fièvre typhoïde par contagion, 3 avaient des kystes hydatiques du foie ou du poumon.

M. Robin, sur 307 cas de fièvre typhoïde qu'il a suivis, a relevé 4 cas de contagion.

M. Desnos, sur un nombre de typhiques qu'il ne peut préciser, a vu certainement 2 cas de contagion.

M. Richard rappelle qu'à l'hôpital de Munich, ce n'est pas *beaucoup* d'infirmiers,

comme on le lui a fait dire dans un compte rendu, mais *tous* les infirmiers qui ont été contagionnés.

M. R. Moutard-Martin rappelle le cas cité par M. Dieulafoy d'un malade atteint de pleurésie hémorrhagique par cancer de la plèvre et du poumon, dont l'épanchement avait fini par se tarir à la suite de nombreuses ponctions. Lorsque, dans sa thèse inaugurale, il indiquait l'utilité des ponctions successives dans les pleurésies hémorrhagiques même symptomatiques de cancer ou de tuberculose, il n'espérait pourtant pas qu'on pût arriver à tarir ainsi ces épanchements. Il se demande encore si, dans les cas analogues à celui de M. Dieulafoy, l'épanchement hémorrhagique est bien dû au cancer ou à la tuberculose, ou bien s'il ne serait pas seulement la conséquence de la rupture des fausses membranes d'une pachypleurite de voisinage.

Il est d'accord avec M. Dieulafoy sur le fait que les pleurésies franchement hémorrhagiques, à l'œil nu, ne suppurent pour ainsi dire jamais. Il y a peut-être toujours lieu d'admettre une distinction entre celles-ci et les pleurésies qu'on a appelées histologiquement hémorrhagiques et qui auraient au contraire de la tendance à suppurer.

M. Debove revient sur un sujet qu'il a traité dans de précédentes séances : l'influence de l'eau sur la nutrition. Il a entrepris de nouvelles expériences sur le sujet en collaboration avec M. Flamant pour répondre à des objections qui avaient été élevées contre la validité de ses premières expériences faites sur une hystérique suggestionnable. Il a pris pour base de ses expériences actuelles la précaution d'amener par un régime identique les sujets à un poids stationnaire ; après quoi la ration d'eau a été doublée, triplée, puis ramenée à la dose première. Le régime comprend la viande crue, toujours identique chimiquement à elle-même, tandis que la viande cuite varie suivant la façon culinaire dont elle a été accommodée, et le pain toujours au même degré de cuisson.

La première expérience a été faite sur M. Flamant lui-même qui a suivi strictement ce régime pendant trente-huit jours ; il avait considérablement maigri, et c'est un point sur lequel il y aurait lieu de revenir à propos du traitement de l'obésité. En tous cas, lorsqu'il a été à un poids stationnaire, il a augmenté sa ration d'eau quotodienne de 1,250 grammes à 3,300 sans qu'il en soit résulté aucun changement ni dans son poids ni dans la quantité d'urée excrétée.

Une malade, presque bien portante, à peine chloro-anémique, ayant subi le même régime préparatoire jusqu'à établissement du poids stationnaire, a pris quotidiennement 2,500 grammes d'eau au lieu de 1,500, sans qu'on ait vu varier ni son poids ni son urée.

Un homme très amaigri par sa maladie antérieure et par conséquent dans des conditions qui devaient favoriser son engraissement, augmenta sa ration d'eau de 1,750 grammes à 3,750. Le premier jour on constata une augmentation de poids de 1 kilogramme ; mais à partir de ce jour le poids ne varia plus et l'on s'explique aisément cette augmentation passagère d'un jour, parce qu'on l'avait pesé une heure après qu'il venait d'ingérer une grande quantité d'eau. Quand on prit soin de lui faire absorber son eau la veille au soir et de ne le peser que le lendemain matin on ne trouva plus de variations dans son poids.

M. Debove croit donc pouvoir répondre aux diverses objections qui lui avaient été faites. M. Beaumetz lui avait cité une expérience *in vitro* semblant prouver que l'augmentation de l'eau augmente le pouvoir digestif. Le fait peut être vrai, mais M. Debove croit que, si on voit diminuer de poids les gens dont on restreint les boissons, c'est parce qu'on trouble ainsi leur digestion.

M. Guyot a cité le cas d'un homme qui, voulant maigrir, y avait réussi après restriction de la quantité des boissons. Mais est-on certain que les gens qui veulent se faire maigrir ne restreignent pas aussi involontairement la qualité des aliments ?

M. Hayem lui reprochait d'avoir fait ses expériences sur une hystérique, sujet dont la nutrition est anormale. Mais les sujets de ses expériences récentes ne sont pas hystériques.

M. Labbé avait attaché une grande importance aux heures auxquelles les boissons étaient prises, ayant remarqué que les malades de la maison de santé, commis voyageurs pour la plupart, qui maigrissaient quand ils buvaient en dehors des repas,

engraissaient à l'hôpital lorsqu'ils ne buvaient plus qu'aux heures des repas. Mais ces commis voyageurs buvaient entre leurs repas des boissons alcooliques, et ils maigrissaient parce qu'ils se donnaient alors de la dyspepsie alcoolique.

Quant à M. Robin, il a déclaré la question résolue, d'une part, par un mémoire de Gend, publié en 1856, et dont les expériences ont paru à M. Robin faites dans des conditions de certitude qui ne laissent rien à désirer; d'autre part, par trois observations personnelles. Or, M. Debove, laissant de côté les théories de M. Robin sur le coefficient d'oxydation et sur l'obésité par excès ou par défaut, qui sont très discutables, trouve que les observations mêmes prêtent à la critique; il lui lui reproche, notamment, d'avoir qualifié de boissons abondantes une quantité de liquide de 1,500 à 1,700 gr., et d'avoir soumis constamment les obèses qu'il voulait faire maigrir à une alimentation trop restreinte, dont l'insuffisance, par elle seule et sans intervention de l'action de l'eau, pouvait les faire maigrir.

Quant au mémoire de Gend, les expériences qu'il cite ne sauraient inspirer une absolue confiance; on y voit des variations vraiment trop considérables de l'urée, celle-ci augmentant d'un jour à l'autre de 10 à 14 grammes sans qu'on puisse s'expliquer la cause d'écarts pareils; il est permis de se demander si l'expérimentation était conduite avec la rigueur nécessaire.

M. Debove termine en affirmant que la quantité des boissons n'a aucune influence sur le poids des sujets ni sur la quantité d'urée excrétée.

M. Robin maintient que M. Debove a eu tort de négliger le coefficient d'oxydation, dont il a expliqué le sens et l'importance dans sa précédente communication, et que leurs expériences n'ont pas été faites dans des conditions comparables. L'importance de la question l'engage à remettre à une séance ultérieure sa réponse définitive aux opinions de M. Debove.

M. Cadet de Gassicourt lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Triboulet au nom de la Société. (Applaudissements unanimes.)

M. Gouguenheim présente les pièces anatomiques d'un homme qui a succombé en un mois à une pleurésie hémorrhagique. Les lésions considérables dont la plèvre était le siège paraissent être dues à un cancer primitif de cette séreuse, car on n'a trouvé aucun noyau néoplasique dans les poumons. Les ganglions péri-trachéaux et péri-bronchiques étaient le siège d'un engorgement considérable. Le seul viscère dans lequel on ait trouvé du cancer était un des reins. M. Gouguenheim pense que l'hémorrhagie devait provenir de la plèvre viscérale, sur laquelle existent des fausses membranes, plutôt que de la plèvre pariétale, qui est recouverte de végétations d'apparence cancéreuse. Ce qui viendrait à l'appui de la manière de voir de M. Moutard-Martin sur la pathogénie des épanchements hémorrhagiques dans le cancer par pachypleurite de voisinage.

M. Dieulafoy dit que le mécanisme de l'hémorrhagie dans le cancer de la plèvre n'est pas nettement établi. Sans doute il y a à tenir compte des fausses membranes vasculaires, mais comment expliquer l'épanchement hémorrhagique dans les cas où on n'a trouvé que du cancer sans fausses membranes. Dans l'hypothèse d'une pachypleurite, les hémorrhagies devraient être tardives; au contraire, il semble que, dans beaucoup de cas, ce soit tout au début de l'évolution du cancer que l'épanchement hémorrhagique se produise pour se tarir ensuite. Il semble y avoir une poussée hémorrhagique au début de tous les cancers; ainsi les hématémèses sont plus fréquentes au début du cancer de l'estomac que plus tard, et c'est au début du cancer de l'utérus que les métrorrhagies sont surtout fréquentes et abondantes.

M. R. Moutard-Martin, sans nier la réalité du processus dont par M. Dieulafoy, continue à penser que les cas où on a tari un épanchement pleural hémorrhagique étaient ceux où celui-ci était dû au mécanisme de la pachypleurite. — P. L. G.

FORMULAIRE

PANSEMENT DÉSINFECTANT DU CANCER UTÉRIN. — Gillette.

Iodoforme	18 grammes.
Sulfate de quinine	3 —
Charbon pulvérisé	15 —
Essence de menthe	40 gouttes.

Mêlez. — On saupoudre un tampon de coton avec quelques pincées de cette poudre; on en introduit une certaine quantité dans l'intérieur, et on le porte directement sur la surface ulcérée du col de l'utérus, à l'aide du spéculum. Si on n'a pas recours à ce dernier instrument, on enrobe le tampon de vaseline avant de l'introduire. En tout cas, on ne déterge pas l'ulcère au moment d'appliquer le tampon. On renouvelle les pansements de quatre en quatre jours au plus tôt, et de dix en dix jours au plus tard. — N. G.

COURRIER

INSTITUT PASTEUR. — Le conseil municipal de Paris vient de voter la proposition suivante :

« La 8e commission (Assistance publique) est chargée de se mettre en rapport avec M. Pasteur et avec la commission spéciale de l'Académie des sciences, pour étudier la part qui pourrait être prise par la Ville de Paris dans la création de l'établissement vaccinal, dont l'installation s'impose comme une mesure d'utilité publique. »

— Le conseil municipal de Toulouse vient de voter une somme de 1,500 francs pour l'Institut Pasteur.

Le comité de la Société des gens de lettres, dans sa séance du 22 mars, a voté 200 fr. en faveur de la souscription destinée à la création de l'Institut Pasteur.

— Le *Journal officiel* publie la quatrième liste de souscription pour l'Institut Pasteur. Cette liste s'élève à 433,365 fr. 35 c.

— La commission des auteurs et compositeurs dramatiques a voté une somme de 1,000 francs en faveur de l'Institut Pasteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par décret du 26 mars :

M. Dubar, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

CONCOURS. — L'Administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle 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 des fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, 40.

ON DEMANDE pour un chef-lieu de canton important du Pas-de-Calais, un médecin actif. (*Docteur ou officier de santé*). Traitement fixe assuré, 1,000 francs, *susceptible d'augmentation*. Clientèle magnifique en peu de temps.

S'adresser à M. Carré, pharmacien à Houdain (Pas-de-Calais).

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. A. Dehenne : Note sur l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotinine chez les diabétiques et les albuminuriques. — II. A. Deschamps : Ouverture du cours de médecine légale. — III. Auguste Ollivier : Etudes d'hygiène publique. — IV. Bibliothèque : Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié. — V. Revue des Journaux : Les usages thérapeutiques de la renoncule âcre. — Les succédanés de la digitale et en particulier le strophantus hispidus. — Les propriétés physiologiques de la grindelia robusta. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Note sur l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotinine chez les diabétiques et les albuminuriques,

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 mars 1886

Par le docteur A. Dehenne.

Messieurs,

J'avais d'abord l'intention de vous apporter un travail complet sur cette question. J'avais réuni mes matériaux, et au moment de me mettre à l'œuvre, je les ai trouvés insuffisants pour porter la conviction dans votre esprit. J'ai jugé que les objections que vous pourriez me faire seraient nombreuses et qu'il me serait encore difficile d'y répondre. Pour mener à bien cette étude thérapeutique, il est indispensable que j'observe encore beaucoup. Les faits que j'ai recueillis jusqu'à ce jour prêtent encore le flanc à la critique, faute d'analyses chimiques complètes, et l'observation clinique des malades n'a pu, dans tous les cas, être poussée assez loin. Je compte bien pouvoir un jour compléter la note d'attente que je vous soumets aujourd'hui et qui sera pour ainsi dire la préface d'un travail auquel je pourrai donner le titre qui ne convient pas encore à cette étude sans prétention, mais qui néanmoins vous intéressera peut-être par l'importance même de la question que je me suis posée.

Très brièvement, je vous énumérerai les huit propositions que je voudrais démontrer, et vous faire voir comment j'ai été amené à les formuler.

Je désire démontrer :

1° L'action incontestable des injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine sur la disparition *temporaire* et le plus souvent *définitive* des principaux symptômes du diabète, glycosurie, polydypsie, polyurie, amaigrissement rapide, disparition des forces, etc.

2° La disparition *successive* de ces symptômes. La polyurie et la polydypsie disparaissant après les premières injections (en moyenne entre la cinquième et la huitième), la glycosurie diminuant notablement après les deux ou trois premières injections et ne cédant tout à fait qu'à la dixième ou douzième, sans changement apporté au régime du malade.

3° La réapparition assez rapide de la glucosurie, si l'on cesse trop vite les injections sous-cutanées, et sa disparition non moins rapide aussitôt qu'on les reprend.

4° La disparition presque toujours définitive après six semaines à deux mois de traitement.

5° L'*innocuité absolue* des injections sous-cutanées chez les diabétiques. Jamais je n'ai eu à enregistrer le plus petit accident, *tant localement* qu'au point de vue de l'état général.

6° Les avantages considérables qui résultent de cette méthode comme préparation des diabétiques à subir une intervention chirurgicale quelconque, en particulier l'opération de la cataracte.

7° La facilité extrême du traitement, avec conservation absolue des fonctions digestives, et sans le monceau d'entraves apportées habituellement à l'alimentation des malades.

8° Les espérances que l'on peut concevoir pour les albuminuriques.

Depuis 1880, j'ai recueilli 32 observations de diabétiques traités par les injections sous-cutanées d'ergotinine, et deux observations d'albuminuriques.

Le premier travail que l'ai fait paraître sur cette question remonte au mois de novembre 1883 (*journal de médecine de Paris*, De l'emploi de l'ergotinine en thérapeutique oculaire). Il renferme six observations. En février 1884, un de mes élèves et amis, M. le docteur Ruyssen, choisit comme sujet de thèse inaugurale l'action thérapeutique de l'ergotinine dans le diabète et publia quatre observations nouvelles. Depuis cette époque j'en ai observé 22 nouveaux cas, et c'est de l'étude attentive de ces 32 faits que j'ai cru pouvoir tirer les conclusions formulées plus haut.

Dans mon travail, comme dans la thèse de Ruyssen, j'ai eu tort de ne pas indiquer d'une façon très nette que *l'ergotine et l'ergotinine devaient être exclusivement employées en injections sous-cutanées.* L'action de ces médicaments est absolument différente, suivant qu'ils sont administrés par l'estomac ou par la peau. C'est ce qui a permis à quelques auteurs d'affirmer que l'ergotine n'avait pas d'action sur le diabète. J'ai fait les deux épreuves : en injections sous-cutanées, l'ergotinine à la dose de six gouttes fait disparaître complètement la glycosurie en cinq à six jours, et *sans qu'aucune modification soit apportée au régime alimentaire des malades;* par la voie stomacale, je n'ai jamais obtenu que des résultats complètement insignifiants. Je tiens à dire de suite qu'au début du traitement je ne modifiais pas l'alimentation du malade, afin de démontrer que l'ergotinine suffisait à assurer la disparition du sucre ; mais au bout de quelques jours, la conviction ayant bien pénétré dans l'esprit de mes auditeurs, je supprimais du régime le sucre et les féculents. Le pain bien cuit a toujours été permis.

Quel que fût le traitement employé contre le diabète, je n'ai jamais obtenu d'effets aussi prompts que par les injections sous-cutanées d'ergotinine.

Régime alimentaire, bromure de potassium, exercices gymnastiques, entraînement, alcalins, etc., tous ces moyens diminuent la proportion de sucre excrétée en vingt-quatre heures, atténuent la polyurie et la polydypsie, mais aucun n est capable de faire disparaître toute trace de sucre en moins de huit jours.

Une grosse question se pose immédiatement. L'*effet est-il durable ?* En un mot, guérit-on complètement et définitivement les diabétiques par les injections sous-cutanées d'ergotinine? Il m'est difficile d'y répondre jusqu'à présent. J'en ai vu qui ont été complètement guéris. D'autres, après deux ou trois mois de cessation du traitement, voyaient reparaître de faibles quantités de sucre dans les urines; de nouvelles injections étaient faites, et tout rentrait dans l'ordre. Quelques uns n'étaient améliorés qu'à la condition qu'on continuât pour ainsi dire constamment l'usage de l'ergotinine. Quoi qu'il en soit, chez tous, les injections sous-cutanées d'ergotinine faisaient très rapidement disparaître la polyurie, la polydypsie et la glycosurie; chez tous, les forces revenaient très rapidement, l'amaigrissement, quelquefois rapide, s'arrêtait, et tous ceux qui avaient une opération à

subir se trouvaient placés dans de bonnes conditions de résistance au traumatisme. Du reste, en pareil cas, l'avis du malade a une certaine importance. Tous, sans exception, et sans qu'on attirât leur attention de ce côté, affirmaient, au bout de quelques piqûres, qu'ils ne se sentaient plus les mêmes. Tel, qui était incapable de faire auparavant le moindre effort musculaire, parcourait, à pied, 7 à 8 kilomètres dans la journée sans fatigue. Tel autre avait retrouvé le sommeil perdu depuis longtemps. Un troisième, dont les digestions étaient très difficiles, mangeait avec appétit et digérait tout ce qu'il prenait. Et, je le répète, tous les diabétiques, sans exception, accusaient, au bout de quelques jours, une amélioration notable de leur état général.

Parmi les observations de guérison définitive de diabète avéré, je vous demande la permission de résumer la suivante en quelques mots :

A la fin de 1884, Mlle L..., âgée de 74 ans, vient me consulter pour des troubles de la vision. A l'ophthalmoscope, je constate l'existence de quelques petites opacités cristalliniennes corticales postérieures. Mlle L... est diabétique; elle le sait. Depuis plusieurs années, elle se soigne pour cela, et, du reste, avec un insuccès parfait. Sa mère et son frère sont morts diabétiques. Elle boit beaucoup et, dans la nuit, elle est obligée de se lever cinq à six fois au moins. Ses digestions sont mauvaises. Il y a un grand affaiblissement. La dernière analyse dénotait 65 grammes de sucre par litre; la moyenne des urines rendues en vingt-quatre heures était de quatre litres au moins.

Je lui propose les injections sous-cutanées d'ergotinine, qui sont acceptées.

Avant la première injection, l'analyse quantitative donnait 75 grammes par litre. Le précipité par la liqueur de Fehling était immédiat. A la quatrième injection, Mlle L... me dit qu'elle n'était plus obligée de se lever la nuit, et que du reste, dans la journée, elle ne buvait presque plus. Elle se contentait de boire aux repas de l'eau rougie, et d'une façon modérée. Trois jours après, les forces semblaient revenir; la malade faisait, sans fatigue, le trajet de chez elle à ma clinique (2 kilomètres environ), tandis que, les premiers jours, elle ne pouvait venir qu'en voiture. A la troisième injection, le précipité était insignifiant. A la dixième, une analyse faite au laboratoire de l'Ecole normale dénotait à peine quelques traces de glucose.

Au moment où Mlle L... était venue me consulter, elle s'abstenait de sucre et de féculents. Je lui conseillai, à la dixième injection, d'essayer le pain de gluten, qu'elle ne put pas supporter plus de trois ou quatre jours; et je joignis aux injections sous-cutanées 2 grammes de bromure de potassium par jour. Je fis trente injections sous-cutanées de suite. La malade les supporta admirablement. Au mois de janvier, je les cessai, et je ne revis Mlle L... qu'en mars. Elle continuait à jouir d'une excellente santé. Une analyse faite à ma clinique dénota la présence d'une faible quantité de glucose. Je refis huit injections d'ergotinine. Toute trace de sucre disparut. Il y a de cela un an. Mlle L... m'envoie de temps en temps de ses urines; on n'y trouve plus de sucre. Elle est venue me faire une visite il y a un mois. Elle continue à se porter parfaitement. Il n'est plus question de diabète; et elle était en traitement depuis plusieurs années avant l'emploi de l'ergotinine.

Je tiens à noter que, quoique diabétique, Mlle L... n'a pas fait exception à

la règle générale que j'ai mentionnée plus haut; jamais il ne s'est pas produit, à la suite des piqûres, le plus petit accident.

En ce qui concerne le diabète, les 32 observations qui m'appartiennent me permettent d'être affirmatif. Je le serai beaucoup moins pour l'albuminurie. J'ai observé récemment 2 faits qui me donnent quelque espoir; mais la question mérite d'être approfondie. En deux mots, voici ce dont il s'agit :

M. B..., ancien officier, âgé de 57 ans, vient me consulter, il y a un mois, pour une perte subite de la vision de l'œil droit. Je porte le diagnostic d'hémorrhagie en masse du corps vitré. J'examine immédiatement les urines, et je trouve des quantités considérables d'albumine.

1° M. B... ne souffre pas autrement. Il s'est seulement aperçu, depuis quelque temps, d'un affaiblissement notable des forces. Rien à l'auscultation du cœur. Je fais à la tempe droite une injection sous-cutanée avec six gouttes d'ergotinine. Les injections sous-cutanées sont répétées quotidiennement pendant huit jours. Le corps vitré s'éclairant, l'hémorrhagie se résorbe et laisse à sa place de gros corps flottants noirs, M B... se trouve beaucoup mieux comme état général. Les forces semblent revenir à vue d'œil. Au neuvième jour, l'examen des urines dévoile une diminution notable dans la quantité d'albumine excrétée.

Les injections d'ergotinine sont abandonnées pendant huit jours, le malade ayant dû quitter Paris. A son retour, on retrouve une quantité d'albumine équivalente à celle qui avait été constatée au début du traitement. Je reprends les injections d'ergotinine. L'albumine diminue de nouveau. M. B... accuse une amélioration de son état général et une reprise des forces physiques qui avaient diminué à nouveau pendant son voyage. Le corps vitré reprend de plus en plus sa transparence.

2° M. L... vient à ma clinique il y a trois semaines environ. Il accuse un affaiblissement de la vision et se plaint surtout d'une faiblesse générale excessive. A l'examen des urines, nous trouvons une grande quantite d'albumine. L'examen ophthalmoscopique ne nous montre aucune lésion oculaire, sauf quelques corps flottants sans grande importance. M. L... est légèrement myope (M=2 dioptries). Les injections d'ergotinine sont immédiatement commencées. Le sixième jour, nouvel evamen des urines. Diminutien notable de la quantité d'albumine. M. L... se sent plus fort. Sans fatigue il peut faire aujourd'hui le trajet de son domicile à son bureau, ce qui lui était matériellement impossible avant le traitement. Le cœur est sain.

Je donne ces deux faits sans les accompagner d'aucun commentaire. Toute hypothèse serait, il me semble, mal venue et prématurée.

A ceux qui me demanderaient comment j'ai été amené à pratiquer des injections d'ergotinine aux diabétiques, je répondrais que, si je n'avais pas pris l'habitude à ma clinique de faire journellement l'examen des urines de presque tous mes malades, je n'aurais pas soupçonné l'action bienfaisante des injections sous-cutanées d'ergotinine chez les diabétiques.

J'ai tout d'abord employé l'ergotinine pour combattre les hémorrhagies intra-oculaires (rétinite hémorrhagique, glaucome hémorrhagique, hémorrhagies du corps vitré), suivant les indications qui ont été données par notre savant collègue Abadie dans son traité des maladies des yeux et dans ses leçons cliniques. Il s'est trouvé que l'ergotinine employée pour com-

battre l'hémorrhagie, accident local, avait une action incontestable sur la maladie générale, cause de l'hémorrhagie.

Comme je le disais plus haut, j'ai essayé l'ergotinine par la voie stomacale; elle ne m'a rien donné.

J'ai tenu, Messieurs, à vous soumettre ces quelques faits, d'abord afin d'avoir votre avis sur ce point de thérapeutique, et surtout, si j'ai réussi à vous convaincre quelque peu, afin que vous essayiez, dans des cas analogues, les injections sous-cutanées d'ergotinine, et que vous joigniez vos observations aux miennes.

Dans les ouvrages les plus récents sur le diabète, je n'ai pas trouvé mention de ce moyen de traitement. Mon travail de 1883 a passé complètement inaperçu; c'est dire le peu d'importance qu'y ont ajouté les auteurs.

Les préparations ergotées sont considérées comme inutiles. Je partage cette manière de voir, s'il s'agit de la voie stomacale. Mais il m'est impossible d'être du même avis, en ce qui concerne les injections sous-cutanées, car les faits que je vous ai rapportés me donnent le droit de croire à leur efficacité.

Ouverture du cours de médecine légale.

M. le professeur Brouardel a repris vendredi son cours de médecine légale. Il traitera, cette année, de la déontologie médicale, et spécialement du rôle et des devoirs du médecin légiste. Bien que cette question ait déjà été étudiée, on ne saurait trop y revenir, tant est grande l'importance qu'acquiert chaque jour la médecine légale, grâce aux progrès incessants des sciences sur lesquelles elle repose.

Sans s'attarder à rechercher si la médecine légale est d'origine anglaise, allemande ou française, à répéter les nombreuses définitions qu'on en a données, définitions toutes attaquables et toutes attaquées, sans chercher à nous en donner une nouvelle, M. Brouardel entre dès le début dans le cœur de son sujet; il nous montre le médecin légiste jeune ou vieux, ignorant ou instruit, inexpérimenté ou habile, aux prises avec des difficultés d'autant plus grandes que la science avance et pénètre plus profondément dans toutes les classes de la société.

Et d'ailleurs combien est vaste le champ de la médecine légale? N'embrasse-t-elle pas presque tous les actes de la vie? Aussi Adelon pouvait-il dire, après trente années de professorat dans la chaire de médecine légale, qu'il n'avait pu finir son cours! Et quel savoir ne devrait pas être celui du médecin légiste? Il lui faudrait être encyclopédiste. Mais, s'il ne peut atteindre à cette vertu absolument idéale, il lui faut au moins posséder certaines qualités indispensables. Il doit savoir sa pathologie interne, sa pathologie externe, ses accouchements, son anatomie pathologique, etc.; c'est ainsi qu'il ne prendra pas un ulcère simple de l'estomac pour des lésions d'empoisonnement par l'acide oxalique, des spores de champignon pour des globules de sang humain, comme le fait s'est déjà présenté! Quand on ne sait pas, il faut avoir conscience de son ignorance, et demander le secours de savants compétents, tels que chimistes, aliénistes, etc.

Ce qu'il lui faut encore, c'est savoir formuler une conclusion, pouvoir la présenter d'une façon claire au jury, être au courant de toutes les questions scientifiques pouvant se rapporter à l'affaire pour être en mesure de répondre aux accusations dont son rapport pourrait être l'objet. Ce qu'il

lui faut encore, c'est l'habitude du prétoire, une grande prudence, une grande réserve, un esprit droit et élevé, grâce auquel il se bornera à l'étude des questions médicales, sans empiéter sur les attributions du commissaire de police ou du juge d'instruction.

Il nous est malheureusement impossible de rappeler ici tous les faits, tous les exemples que M. le professeur Brouardel a cités dans son cours, pour nous montrer, avec son autorité et son expérience, combien est difficile l'exercice de la médecine légale et combien l'étude de la déontologie est importante pour le médecin. L'attention et les applaudissements des élèves qui se pressaient à son cours lui prouveront, mieux que nous ne saurions le dire, tout l'intérêt qu'ils attachent à son enseignement si clair et si précieux.

Dr E. Deschamps.

Études d'hygiène publique.

Notre collaborateur, M. le docteur Auguste Ollivier, vient de réunir en un volume différentes études d'hygiène publique sur la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la diphthérie, les oreillons et la tuberculose. Nous empruntons à ce volume, actuellement sous presse, les lignes suivantes qui lui servent de préface :

Depuis une vingtaine d'années la méthode suivie dans l'étude des questions d'hygiène publique a subi une transformation radicale. Comme toutes les autres parties de la médecine, l'hygiène rationnelle de la cité ou de l'individu n'est plus qu'une application rigoureuse des sciences d'observation. Partir, ainsi qu'on le faisait naguère, d'un petit nombre de préceptes, établir *a priori* des règles générales de salubrité et agir en conséquence, c'était faire fausse route, et, bien souvent, les résultats se chargèrent de démentir les déductions d'une logique parfaite en apparence. On finit heureusement par comprendre qu'il n'était possible d'arriver au progrès qu'en suivant avec rigueur la méthode expérimentale, qu'en essayant, non pas de devancer les faits, mais de les réunir, de les grouper et d'en tirer tous les enseignements qu'ils sont susceptibles de fournir au point de vue pratique.

La notion de la contagion est probablement aussi ancienne que le monde. Les cliniciens et les biologistes de tous les temps se sont fatigués sur la plupart des problèmes qui s'y rattachent : Quelles sont les maladies réellement contagieuses ? Comment le sont-elles ? Quel est le *corpus delicti* qui, passant d'un organisme à l'autre, détermine partout les mêmes désordres, laisse partout les mêmes traces ? Il faut dire qu'en dehors de certains cas où l'évidence sautait aux yeux, on n'avait jamais trouvé que des solutions incertaines et provisoires. On voyait dans l'exposé des faits et l'éclosion des doctrines, les arguments de sentiment se mêler aux arguments d'ordre métaphysique, et rarement à ceux d'observation. L'ingéniosité était au premier rang, l'exactitude au second. Il y a quarante-cinq ans, un médecin français, un clinicien de premier ordre, Clot-Bey, soutenait de bonne foi que la peste n'est pas contagieuse : il prétendait que les quarantaines étaient inutiles et réclamait la fermeture des lazarets. Le livre (1) qu'il a écrit sur ce sujet est un véritable chef-d'œuvre d'érudition et de dialectique ; c'est un plaidoyer en faveur d'une mauvaise cause, un tour de force littéraire consacré à la défense d'un paradoxe. Quelle était la vraie raison de la doctrine de Clot ? La philanthropie. Il savait combien de malheurs avait produit naguère, au milieu de populations ignorantes et impressionnables, la croyance aux doctrines contagionistes, et insensiblement, de la meilleure foi du monde, il en était arrivé, par suite du besoin de rassurer ses contemporains, à faire tout graviter autour de cet aphorisme négatif : la peste n'est pas contagieuse.

(1) Clot-Bey (A.-B.). La peste observée en Egypte ; Recherches et considérations sur cette maladie. Paris, in-8, 1840.

Croire que de pareilles choses ne se reproduiront pas, que des raisons extra-scientifiques n'entreront plus en ligne de compte dans l'édification ou le renversement des doctrines, ce serait évidemment se faire illusion.

Il n'en est pas moins vrai que le sentiment perd du terrain, que chaque quart de siècle, en améliorant nos méthodes, en augmentant le nombre des faits acquis nous rapproche de cette impassibilité qui proscrit les découragements et les enthousiasmes et ne rêve point de deviner la nature, mais la force à nous dévoiler ses secrets.

L'expérimentation a donné au mot contage un sens qu'il n'avait pas antérieurement. Pour tout le monde, aujourd'hui, le contage est un organisme ayant ses milieux préférés et dont le développement se fait suivant certaines lois. Cette doctrine représente-t-elle, avec ses conséquences, l'expression immuable et définitive de la vérité? Il faudrait bien mal connaître l'histoire du progrès scientifique pour le soutenir. Comme bien des doctrines, elle renferme probablement une part de vérité et une part d'erreur. Faut-il ne songer qu'au second élément pour la considérer comme non avenue et la rejeter en bloc? En aucune façon.

Les théories microbiennes, déjà soupçonnées dans l'antiquité (1), sont, quoi qu'on puisse dire, un critérium dont il n'est plus permis de se passer quand on étudie les maladies contagieuses. J'ajoute même qu'elles règlent la prophylaxie. Lorsque, dans une maladie comme la phthisie, on connaît l'agent direct de l'infection, il n'est pas toujours possible de le détruire, parce que chaque tentative faite dans ce but peut nuire au milieu au moins autant qu'au parasite; par contre, il est rationnel de porter notre attention sur les mesures préventives, de chercher, par l'isolement et la désinfection, à lui interdire l'entrée de l'économie.

On peut en dire autant pour la plupart des maladies dont la contagion est admise par tout le monde, même quand on ne connaît pas la forme et le milieu primitif de leur microbe.

L'expérimentation nous a fourni les bases de l'hygiène publique; c'est à l'observation de faire le reste, à elle de régler les mesures applicables dans les conditions sociales où nous vivons. En mettant en évidence les faits rigoureusement démontrés, nous pourrons compléter l'éducation hygiénique des populations, et attirer l'attention des pouvoirs publics qui, souvent, s'intéressent plus à la solution parlementaire d'une question de politique transcendante et abstraite qu'aux mesures capables de soustraire les individus aux influences nocives, de protéger leur santé et leur vie contre la négligence ou la routine.

J'ai donc pensé que la réunion, dans un même volume, d'un certain nombre d'études d'hygiène publique, études d'actualité à l'époque où elles furent faites, pourrait être de quelque utilité aux personnes que ces questions intéressent. Je les donne comme des essais, qui aideront peut-être à trouver la solution de questions hygiéniques importantes; je serai trop heureux si elles peuvent y contribuer pour une part, quelque minime qu'elle soit.

Auguste OLLIVIER.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ (1884-1885), par S. JACCOUD, professeur de clinique à la Faculté de Paris. — Delahaye et Lecrosnier, 1886.

Il y a deux manières opposées de comprendre l'enseignement clinique, toutes deux parfaitement légitimes et destinées d'ailleurs à se compléter.

(1) Le passage suivant de Varron le prouve assez clairement : « Advertendum etiam si qua erunt loca palustria, et propter easdem causas et quod arescunt, crescunt animalia quædam minuta quæ non possunt oculi consequi, et per aera intus in corpus per os ac nares perveniunt atque efficiunt difficiles morbos ». (De re rustica. Lib. 1, cap. XII, p. 74, édit. Nisard).

Varron s'appuyait sur cette opinion populaire pour défendre de bâtir auprès des marais.

Ou bien le professeur choisit avec prédilection les malades les plus conformes au type classique et, en les présentant à ses auditeurs, leur apprend ce qu'ils rencontreront le plus ordinairement dans la pratique Telle est, par exemple, la caractéristique de l'enseignement de M. le professeur Hardy.

Ou bien il recherche soit les malades atteints d'affections plus rares, soit les cas insolites et atypiques des maladies courantes, désireux de prémunir ses élèves contre les surprises que la clinique offre chaque jour au médecin. C'est plutôt à cette seconde manière que se rattache l'enseignement de M. le professeur Jaccoud.

Nous avons dit l'année dernière quel éclatant démenti ce maître avait donné aux personnes qui avaient redouté de lui voir occuper avec moins de succès la chaire de clinique que celle de pathologie. Le présent volume est de nature à dissiper définitivement les préventions de ces esprits chagrins. Par la variété des sujets traités, par leur nouveauté, il est peut-être même supérieur au précédent, et on y trouve la même clarté d'exposition, la même correction de style. Il se compose de 39 leçons, dont les principales portent les titres suivants : Broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique, pleuro-péricardite tuberculeuse, maladie cardio-artérielle, aortite, cancer de l'estomac et du pancréas, sclérose en plaques consécutive aux maladies aiguës, ataxie verbale suite de variole, mal de Pott cervical et dorsal, compression de la moelle, rhumatisme vertébro-méningé, infection sarcomateuse, diathèse lymphogène, pluralité des albumines urinaires (sérine, globuline, peptonurie), fièvre intermittente accompagnée pneumonique.

La thérapeutique tient une place importante dans ces leçons cliniques. Celles qui sont consacrées au traitement de la pleurésie aiguë, notamment à l'indication de la médication stibiée, que M. Jaccoud excelle à manier et dont il sait tirer dans certains cas les résultats les plus avantageux, à la valeur de la médication salicylique, au traitement du mal de Bright et du diabète sucré, les études si intéressantes sur l'antipyrine et la thalline qui terminent le volume, sont là pour témoigner que le professeur de clinique de la Pitié n'est pas un sceptique en thérapeutique et que, s'il apprend à ses auditeurs à ne pas se laisser dérouter par les cas relativement rares de la clinique, il leur enseigne aussi à soigner correctement les maladies courantes. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Les usages thérapeutiques de la renoncule âcre, par M. Frœlich. — Les propriétés drastiques de cette renonculacée sont bien connus. M. Frœlich emploie, à titre d'agent d'irritation externe, les fleurs et les bourgeons fraîchement cueillis. Après une heure de cette application, la peau rougit et s'endolorit. Deux heures plus tard, elle est tendue et tuméfiée. On enlève alors le topique et on observe bientôt une éruption bulleuse qui demande un ou deux septenaires pour se cicatriser. L'observateur allemand entend faire appel à cette action rubéfiante et vésicante comme succédané des emplâtres cantharidiens. (*Central f. therap.*, 1885, p. 465.) — C. L. D.

Les succédanés de la digitale et en particulier le strophantus hispidus, par Fraser. — Cette dernière plante est originaire de l'Afrique, appartient à la famille des Apocynées et renferme parmi ses principes immédiats, la strophantine et la strophantidine. Elle a des propriétés toxiques puissantes, et augmente la contractilité des fibres musculaires lisses, en rendant leurs contractures plus complètes et plus longues.

Cette action s'exerce principalement sur le muscle cardiaque dont elle augmente la systole à faibles doses. Celui-ci est paralysé et s'arrête en systole quand les doses sont fortes. M. Fraser l'a employé avec succès dans le traitement des cardiopathies. (*The Brit. med. Journ.*, nov. 1885, p. 954.) — C. L. D.

Les propriétés physiologiques de la grindelia robusta, par John A. Buffington. — Cette substance est peu toxique pour les chiens et les lapins. Elle abolit la sensibilité, d'abord dans le bout périphérique des nerfs, ensuite dans leurs racines, et modifie de même leur motricité. Sous son influence, le cœur bat moins rapidement, la

pression sanguine augmente, la respiration augmente de fréquence; plus tard elle s'arrrête, et l'animal meurt par asphyxie.

Elle possède des propriétés hypnotiques, augmente la sécrétion urinaire, et on retrouve dans l'urine une partie de ses principes. Dans ces recherches, M. Buffington employait l'extrait fluide de la plante.

On l'a employé dans le traitement de l'asthme et ses autres vertus permettraient sans doute aux thérapeutes d'en faire usage contre d'autres affections. (*The Americain Journal of med. sc.*, p. 262, janvier 1886). — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend le rapport de M. Ollivier, au Conseil d'hygiène, sur la tuberculose et la prophylaxie.

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy, un volume intitulé : *Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des Conseils d'hygiène.*

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° au nom de M. le docteur Bedoin, médecin-major, une brochure sur un *nouveau pansement antiseptique de campagne;* — 2° au nom de M. le docteur Moncorvo, une brochure sur l'*antipyrine dans la médecine des enfants* (Comm. du prix Desportes); — 3° au nom de M. le docteur Coze (de Nancy), un travail manuscrit sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'*uréthane*; — 4° au nom de M. le docteur Ruault, un appareil dit à *douches stomacales*, destiné au curage, au lavage et à la médication topique de l'estomac.

M. Laboulbène présente, de la part de M. le docteur Corlieu, bibliothécaire-adjoint de la Faculté, un travail sur Ambroise Paré.

M. Vidal présente, en son nom et au nom de M. le docteur Brocq, une *Etude sur le mycosis fongoïde.*

— M. Giraud-Teulon, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Mathias Duval, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Zimmermann, médecin-major, relatif à une théorie nouvelle de l'accommodation de l'œil aux distances.

M. Zimmerman attribue la faculté d'accommodation à la seule action des muscles droits. Cette théorie, condamnée depuis longtemps, est en absolu désaccord avec l'observation journalière des faits. Elle est également en opposition avec le fait de l'accroissement graduel de la courbure des surfaces du cristallin lors du passage de la vue de loin à celle de près.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

La commission place les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Gallard; en deuxième ligne, M. Ollivier; en troisième ligne, M. Mottet; en quatrième ligne, M. Napias; en cinquième ligne, M. Magnan; en sixième ligne, M. Laugier.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39, M. Gallard obtient 47 voix; M. Ollivier, 23; M. Magnan, 3; M. Motet, 3.

En conséquence, M. Gallard ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre titulaire.

— L'Académie procède ensuite, par la voix du scrutin, à l'élection d'un correspondant national, deuxième division.

La commission propose : En première ligne, M. Heurtaux (de Nantes) et Paulet (de Lyon); en deuxième ligne, M. Louis Thomas (de Tours); en troisième ligne, M. Surmay

(de Ham); en quatrième ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en cinquième ligne, M. Demons (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Heurtaux obtient 42 suffrages; M. Paulet, 25; M. L. Thomas, 5; M. Dezanneau, 3; M. Surmay, 2; M. Demons, 1.

En conséquence, M. Heurtaux ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu correspondant national.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

M. Leblanc pense que cette discussion a soulevé prématurément la question des doctrines microbiennes; il est évident, suivant lui, que nous manquons pour le moment des éléments nécessaires pour la résoudre. M. Leblanc croit, toutefois, qu'il n'est pas inutile de bien établir les points contestés, et de montrer quelle révolution radicale l'adoption de cette doctrine aurait pour résultat d'apporter dans toute la médecine, aussi bien celle de l'homme que celle des animaux.

En résumé, dit-il, d'après la doctrine nouvelle, vous pouvez posséder en vous-même tous les germes de toutes les maladies spécifiques sans prendre aucun souci de leur présence, pourvu que vous évitiez toute cause occasionnelle. Dès lors, toute la médecine se réduit à une question d'hygiène. Malheureusement, il est bien des circonstances où bêtes et gens sont forcés de violer ces règles aussi bien que celles de la police sanitaire, car il faut tenir compte de la contagion, même en admettant dans une juste limite la prédisposition. Quand on aura supprimé la misère, assaini les locaux insalubres, empêché le surmenage et exaucé tous les vœux formulés journellement par les Sociétés savantes, mais assez peu écoutées, on sera bien près d'avoir résolu la question des maladies microbiennes. Les germes auront beau préexister dans l'air, dans l'eau, dans la terre et à sa surface, ils resteront stériles et l'on verra épidémies et épizooties s'éteindre faute de sujets ayant la prédisposition nécessaire.

Pour le moment la doctrine nouvelle a pour résultat fâcheux de persuader aux propriétaires d'animaux que l'inoculation suffit pour garantir ceux-ci des maladies contagieuses et qu'il est inutile de se préoccuper désormais du régime, des soins et du mode d'emploi.

M. Leblanc ne nie pas la valeur des inoculations des virus atténués à l'aide des cultures. Il admet le grand progrès réalisé et confirmé et la sûreté de la méthode, si on sait se limiter aux faits acquis; mais alors que l'on ne croyait pas uniquement à l'existence de l'élément vivant de la contagion, n'a-t-on pas vu la vaccine nous preserver de la variole, et a-t-il été nécessaire à M. Pasteur de connaître le microbe de la rage pour en atténuer le virus et pour arriver à ce merveilleux résultat d'arrêter la cause de cette terrible affection au cours de sa période d'incubation?

« En résumé, dit M. Leblanc en terminant, il est un terrain neutre où peuvent se rencontrer ceux qui admettent l'innocuité du microbe quand manque soit la cause occasionnelle, soit la prédisposition, et ceux qui croient trouver en dehors du germe vivant l'origine de certaines maladies infectieuses dans des modifications de l'organisme; ce terrain, c'est l'hygiène publique, dont cette discussion aura eu au moins pour résultat de faire ressortir l'importance considérable et sans cesse grandissante. »

M. Tillaux vient, au nom de la clinique, combattre les conclusions formulées par M. Léon Le Fort, également au nom de la clinique, contre la méthode antiseptique. La statistique, comme la langue, enseigne la vérité et l'erreur; la statistique de M. Le Fort paraît à M. Tillaux entachée d'erreur. Quand elle lui fait dire que, malgré la méthode antiseptique, la mortalité de l'amputation de cuisse, par exemple, est encore, dans les hôpitaux de Paris, de 42 p. 100. Une pareille statistique, pour être probante, devrait séparer les cas d'amputation pour cause traumatique de ceux d'amputation pour cause pathologique. On verrait alors s'abaisser d'une façon remarquable le chiffre de la mortalité.

Pour ne parler que de sa propre pratique hospitalière, M. Tillaux rappelle que, dans la statistique intégrale des opérations qu'il a pratiquées en 1883 dans son service de l'hôpital Beaujon, figurent 8 amputations de cuisse dont 2 pour cause traumatique et

6 pour cause pathologique, tous les opérés pour cause pathologique ont guéri, tandis que les 2 opérés pour cause traumatique sont morts.

Sur 21 grandes opérations pour cause pathologique, il a obtenu 21 guérisons; seuls les opérés pour cause traumatique sont morts, et, on peut le dire, moins de leur opération que de leur traumatisme.

M. Tillaux ne croit pas beaucoup s'avancer en admettant que tous ses collègues des hôpitaux qui pratiquent leurs opérations suivant les errements de la méthode antiseptique, ont de semblables résultats, de telle sorte que le chiffre de la mortalité pour les amputations de cuisse ne doit pas s'élever à plus de 10 p. 100 au maximum.

D'ailleurs, il n'y a pas que les amputations dont les statistiques devraient tenir compte. Il y a, en outre, les ablations de tumeurs. Or, dans sa statistique de l'année 1883, sur un ensemble de 21 amputations du sein, M. Tillaux a obtenu 20 guérisons; la seule malade qui ait succombé avait été opérée *in extremis*, sans espoir possible de guérison.

Il y a aussi les résections, les opérations sur les os dont il faudrait tenir compte, dans une statistique qui, pour être valable, devrait, encore une fois, séparer soigneusement les cas traumatiques des cas pathologiques.

M. Tillaux, contagioniste comme M. Le Fort, montre de quelle manière différente de celle de son collègue il comprend la contagion en chirurgie. Tandis que, pour M. Le Fort, les principes contagieux naissent de l'organisme malade, pour M. Tillaux ils viennent du dehors, ce sont les germes de l'air, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Pasteur.

De ce que M. Le Fort a vu guérir deux opérés dont la plaie avait été laissée à l'air libre, il ne s'ensuit pas que le microbe de l'infection purulente ne provienne pas des germes de l'air. Ce microbe pouvait ne pas exister dans l'air de la salle au moment où M. Le Fort a pratiqué ses deux opérations, ou bien ses deux opérés étaient en ce moment réfractaires à l'infection. A Beaujon, alors qu'il n'avait pas la foi entière qu'il a aujourd'hui dans la doctrine des germes de l'air, M. Tillaux observait dans son service des cas d'infection purulente qu'il ne voit plus depuis qu'il a soin de prendre toutes les précautions antiseptiques.

D'ailleurs, la preuve éclatante de l'influence des germes de l'air sur les plaies résulte de ce fait que M. Alphonse Guérin perdait tous ses opérés d'infection purulente avant l'emploi de son pansement ouaté, et qu'il n'en a plus perdu depuis.

M. Tillaux se rappelle qu'au début de ses études un chirurgien célèbre disait : « Il vaut mieux pour un blessé d'être opéré au fond des campagnes par le dernier des chirurgiens, que d'être opéré à Paris par le chirurgien le plus habile. » Aujourd'hui, l'axiome peut être retourné grâce à la méthode antiseptique ; on peut aujourd'hui obtenir, à Paris, la réunion immédiate sur presque tous les opérés ; on y pratique couramment les opérations les plus graves, l'ovariotomie, l'hystérectomie, et l'on guérit la plupart des opérées. M. Tillaux a fait, cette année, à l'Hôtel-Dieu, trois ovariotomies et une hystérectomie, et toutes ses opérées ont guéri.

Voici, dit M. Tillaux en terminant, quel est mon *credo* chirurgical : Je crois que les accidents des plaies résultent du contact des germes animés venus du dehors ; je crois que tous les accidents des plaies, érysipèle, infection purulente, etc., résultent des fautes commises ou qu'on n'a pas pu ne pas commettre, de ce qu'on n'a pas voulu ou de ce que l'on n'a pas pu employer toutes les précautions antiseptiques. (Applaudissements)

M. Le Fort, répondant à M. Tillaux, fait observer que dans les tableaux statistiques qu'il a dressés, il a soigneusement mis les cas d'amputation pour cause traumatique dans une colonne à part, où il eût été facile à M. Tillaux de les chercher et de les trouver. Il rappelle également qu'il n'a nullement révoqué en doute les résultats heureux de l'application de la méthode antiseptique, puisqu'il a montré une diminution considérable de la mortalité, de 19 à 20 p. 100, dans les opérations depuis l'application de la méthode.

M. Le Fort ne diffère de ses collègues qu'au point de vue de la doctrine. Il croit que les accidents des plaies viennent de l'intérieur et du mauvais état général des malades

donnant naissance à des principes contagieux qui sont transportés de malade à malade par les éponges, les mains des chirurgiens, les instruments, etc. Depuis qu'il a supprimé les éponges de ses pansements, et cela bien avant le pansement antiseptique, M. Le Fort n'a plus eu d'infection purulente dans son service, alors que ses collègues l'observaient en grand nombre dans les leurs. Si M. Alphonse Guérin, à qui revient, avant Lister, le mérite de la première application du pansement antiseptique, a vu disparaître, grâce à son pansement ouaté, l'infection purulente de son service, c'est que, suivant M. Le Fort, il a supprimé ainsi les causes de contagion par les objets de pansement, puisque le pansement ouaté est, en somme, un pansement rare.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE SYCOSIS. — Stelwagor.

Oléate de zinc.....	aâ	4 grammes.
Oléate de bismuth.....		
Oléate de plomb.....		8 —
Axonge.....		16 —

Mêlez. — Cette pommade est employée en onctions deux fois par jour, contre le sycosis non parasitaire. — Chaque jour, la peau est bien nettoyée à l'eau chaude.

N. G.

COURRIER

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Le lundi 29 mars 1886, à quatre heures, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Jamin, décédé. Les candidats, classés par ordre d'ancienneté, étaient : 1° M. Vulpian ; 2° M. Alph. Milne-Edwards.

Au troisième tour de scrutin, M. Vulpian a été élu par 26 voix contre 24 accordées à M. Milne-Edwards et un bulletin blanc, sur 51 votants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa séance du 27 mars, la Société de médecine de Paris, sur la proposition de M. Rougon, a décidé qu'elle verserait la somme de deux cents francs à la souscription pour l'Institut Pasteur.

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 4 avril 1886, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

La première leçon sera consacrée à une revue clinique et médico-légale de l'année 1885.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Crespin, interne à l'hôpital Lariboisière, à l'âge de vingt-sept ans et demi ; celle de M. le docteur Butruille, ancien interne des hôpitaux de Paris, à l'âge de vingt-sept ans ; celle de MM. les docteurs Marcel (de Paris) et Chauveau (de Courtalain, Eure-et-Loir) ; enfin celle de M. Clare de Saint-Allais, externe à l'hôpital de la Pitié, victime d'une pneumonie contractée dans son service.

Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie, par le docteur LAGOUT, d'Aigueperse. — Brochure de 31 pages. — Au Bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Paul Le Gendre : La fièvre typhoïde traitée par les bains tièdes progressivement refroidis. — II. Thérapeutique : Principes de l'alimentation des enfants. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Paracelse et Van Helmont.

La fièvre typhoïde traitée par les bains tièdes progressivement refroidis.

Il y a quelques jours, notre savant collaborateur, M. Longuet, exposait à cette place les remarquables résultats de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde, et plus d'un lecteur aura sans doute été conquis par l'accent de conviction profonde avec lequel notre confrère énumère les avantages des bains froids. Si M. Longuet a pu faire des prosélytes à cette méthode qui est adoptée aujourd'hui par tous les médecins de Lyon, et dont ils se louent tous, nous n'en serons certes pas fâché ; car, si la méthode de Brand donne prise à certaines critiques non sans valeur, elle a contribué, à coup sûr, à diminuer considérablement la mortalité dans la fièvre typhoïde.

Nous ne pouvons cependant laisser passer l'article de notre collaborateur sans faire connaître à ceux de nos lecteurs qui l'ignorent une autre méthode balnéothérapique réfrigérante imaginée et mise en pratique depuis deux ans par M. le professeur Bouchard, dans son service, à l'hôpital Lariboisière. Cette pratique hydriatique nouvelle appliquée au traitement de la fièvre typhoïde consiste dans l'emploi des *bains tièdes lentement et méthodiquement refroidis, tout en restant tièdes.*

Chargé nous-même d'en surveiller l'application pendant plusieurs mois, nous en avons pu constater les avantages multiples ; aussi sommes-nous heureux de saisir l'occasion de déposer, en sa faveur en analysant l'intéressante et consciencieuse étude que lui a consacrée M. le docteur Winslow-Warner Skinner (1).

(1) *Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde*, par W.-W. Skinner. Paris, Berthier, 1885.

FEUILLETON

PARACELSE ET VAN HELMONT (1)

VI

La plupart des livres, composant les œuvres de Paracelse, n'ont pas été publiés de son vivant. Recueillis par ses élèves, ils sont plus ou moins authentiques et renferment avec les idées du Maître, celles de ses rédacteurs. Hæser énumère quinze traités paracelsiques principaux, qui, d'après Rohlfs, devraient être réduits à six. La *Practica D. Theophrasti Paracelsi*, etc., est de 1529, et la *Grosse Wundarzney*, dont *Die Kleine Chirurgie* forme la quatrième partie, est de 1536. L'*Irrgang und Labyrinthus der Ærtzen*, und s. w., écrit en 1538, n'a été imprimé à Cologne qu'en 1564, format in-8°.

Voici de beaux exemplaires des œuvres complètes qui vous intéressent plus particulièrement et qui ont d'abord paru à Bâle, en 1575 :

Avreoli Theophrasti Paracelsi Eremitæ, Philosophi summi operum latine redditorum. Tom. primus-secundus. Basileæ, ex officina Petri Pernæ, 1575. 2 volumes in-8°, préface par Adam von Bodenstein.

Puis viennent les éditions de Huser :

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 30 janvier, 13 février, 2, 9, 25 et 28 mars 1886.

I

Les médecins qui ont vu plonger un typhique dans un bain froid et ont assisté au spectacle du frisson violent, terrible, qui s'empare de lui à un certain moment, ne peuvent, en général, se défendre d'une impression de pitié pour l'infortuné soumis à une médication qui est presque une torture. Il faut, pour appliquer rigoureusement cette méthode, une véritable sérénité d'âme, que peut donner seule la conviction de garantir presque au malade la guérison au prix de ces souffrances cruelles. En outre, on a remarqué que le bain froid augmente plutôt qu'il ne diminue, au moins au commencement du bain, la température du malade, probablement parce que l'oligohémie cutanée produite par le resserrement de tous les vaisseaux tégumentaires au contact de l'eau froide s'oppose au rayonnement de la chaleur du corps.

L'action favorable des bains froids, qui n'est pas contestable, ne peut donc trouver son explication dans la réfrigération du corps. La méthode de Brand est utile probablement parce qu'elle provoque une réaction énergique du système nerveux; mais elle n'est pas un moyen de lutter directetement contre l'hyperthermie. Au contraire, la balnéation tiède avec décroissance graduelle de la température, telle que M. Bouchard l'a instituée, produit un abaissement presque constant de la température centrale des typhiques; c'est la médication antithermique par excellence. Le but que s'est proposé l'inventeur de cette méthode est de produire la réfrigération, tout en évitant au malade le choc nerveux si pénible que cause l'impression brutale de l'eau froide. La réfrigération s'obtient, parce que la température relativement élevée du bain au début ne provoque pas de spasme des vaisseaux cutanés et permet au sang de venir du centre du corps à la surface se rafraîchir graduellement dans la peau; il en résulte, par conductibilité, par rayonnement, une importante et rapide soustraction de calorique à l'organisme.

Modus operandi. — Il est bon d'insister sur quelques précautions à

La plus ancienne est celle publiée à Bâle, de 1589 à 1590. Elle se compose de dix parties, format in-4°. Je vous montre un beau spécimen avec reliure ancienne, de l'édition de 1603, également par Huser :

AVREOLI PHILIPPI THEOPHRASTI BOMBASTS VON HOHENHEIM PARACELSI DES EDLEN HOCHGELEHRTEN FURTREFFLICHSTEN WEITHERUMBTESTEN PHILOSOPHI UND MEDICI OPERA.

Bücher und Schriften so viel deren zur Handt gebracht : und vor wenig Iahren mit und ihren glaubwürdigen eigener hangeschrieben Originalien collacionert vergliechen verbessert : und durch IOHANNEM HVSERVM BRISGOIVM in zehen unterschiedliche Theil in Truck gegeben. Strassburg. In Verlegung Lazari Zetners Buchhandlers cIↃ IↃC III (1603).

Les tomes in-folio, qui ont paru séparément, sont reliés en un seul gros volume partie allemand, partie latin, avec table en latin.

Une édition de Strasbourg, 1616, est identique à la précédente. On a encore, sous le titre de CHIRURGISCHE BUCHER UND SCHRIFTEN, publiés par les héritiers de Huser, une édition Strasbourg, 1605 in-folio, et 1618 in-folio, identiques avec les précédentes.

Je tiens à vons montrer les éditions latines :

La collection paracelsique de Francfort est sous vos yeux, formant onze tomes, en six volumes in-4°; un portrait de Théophraste se trouve ajouté aux divers tomes VI, VII, VIII, IX et XI :

NOBILIS, CLARISSIMI, AC PROBATISSIMI PHILOSOPHI ET MEDICI, DN. AUREOLI PHILIPPI THEOPHRASTI BOMBAST AB HOHENHEIM, DICTI PARACELSI, Operum medico-chimicorum sive Para-

prendre. L'eau qui remplit la baignoire doit être en quantité suffisante pour couvrir les épaules du malade assis dans le bain et ayant conservé sa chemise; on lui évite ainsi tout refroidissement sur le haut de la poitrine. La baignoire doit être installée de façon à permettre l'addition d'eau chaude ou froide à volonté et l écoulement de l'excès d'eau.

La température rectale du malade est prise avant le bain, et *l'eau est portée à une température inférieure seulement de deux degrés à celle du malade*. Si le malade a 40°, la température initiale du bain est 38°.

Puis, *de dix en dix minutes*, on abaisse d'*un degré* la température du bain, *jusqu'à 30°*, température à laquelle le malade reste encore dix minutes dans l'eau; ce qui fait que la durée du bain varie entre une heure et une heure quarante minutes, suivant l'élévation de la température initiale.

On retire alors au malade sa chemise mouillée, on l'essuie rapidement pour lui passer une chemise chaude et sèche; ensuite on l'enveloppe dans une couverture pour le reporter dans son lit, où il est chaudement couvert et réchauffé, s'il est nécessaire, ce qui est rare, par des boules d'eau chaude.

On commence à donner des bains dès que le diagnostic est posé et on les continue sans interruption jusqu'à ce que l'apyrexie soit définitive, c'est-à-dire jusqu'à ce que la température rectale ne dépasse plus 37°5.

Les bains sont au nombre de huit par vingt-quatre heures; en les rapprochant un peu, dans l'après-midi et la soirée, on peut laisser reposer le malade entre deux et six heures du matin.

Vers la fin de la maladie, le nombre quotidien des bains est diminué; il n'est plus quelquefois que de quatre, trois et deux bains par jour. Si l'on prend comme exemple un malade ayant eu une fièvre de dix-neuf jours, on récapitule qu'il a pris 134 bains, et séjourné dans l'eau 170 heures trente minutes, ou sept jours deux heures et demie.

---

doxorum. Tomus primus vndecimus genuinus. A Collegio Musarum Palthenianarum in Nobili Francofurti. Anno M. DC. III.-M. DC. V. (1603-1605).

D'autres éditions latines ont été publiées à Bâle, 1603-1605; à Strasbourg, 1616. En voici une de Genève. L'exemplaire que je vous montre est remarquable par la netteté de l'impression. Il est orné du portrait de Paracelse par le Tintoret et forme trois volumes in-folio, reliés en deux :

Avr. Philip. Theophr. Paracelsi Bombast ab Hohenheim, Medici et Philosophi celeberrimi, chemicorumque Principis. Opera omnia medico-chemico-chirurgica, Tribus voluminibus comprehensa. Editio novissima et emendatissima, etc. Genevæ, semptibus Ioan. Antonij et Samuelis de Tournes. M DC LIIX (1658).

Je vous recommande cette édition où se trouvent les livres paracelsiques qui manquent dans l'édition de Francfort en onze tomes.

Ces deux volumes, in-8° et in-4°, reliés en parchemin, sont, l'un in-8° : La Petite Chirvrgie, avtrement ditte la Bertheonee, de Philippe Aoreole Theophraste Paracelse, grand medecin et philosophe entre les Allemans, etc., avec notes et explications des termes et mots plus difficiles et tables des chapitres et matières par Daniel Dv Vivier, Chirurgien et Barbier du Roy. Paris, chez Olivier de Varennes. M DC XXIII (1623).

Le second volume, in-4°, est intitulé : La Grand Chirurgie de Philippe Aoreole Theophraste Paracelse, etc., traduite en françois par Claude Dariot, médecin à Beaune. 2e édition: A Lyon, povr Antoine de Harsy, M DC III (1603).

Vous trouverez plusieurs lexiques ayant pour but d'expliquer les termes les plus

II

AVANTAGES DE CETTE MÉTHODE DE BALNÉATION.

On évite aux typhoïsants la secousse nerveuse, les sensations douloureuses ou même simplement pénibles causées par les autres méthodes de balnéation. Le malade éprouve même au début une sensation agréable, ce n'est que vers 33° qu'il trouve le bain frais : à 32° il le trouve froid, mais, comme on le retire à 30°, il n'a pas le temps d'accuser de souffrance véritable.

On obtient rapidement une diminution de la température.

La moyenne générale de l'*abaissement de la température produit par un bain,* sans tenir compte ni du septénaire, ni de l'heure du jour, est de neuf dixièmes de degré. Elle est moindre à la fin du premier septénaire et au commencement du second; du septième au dixième jour, c'est la période vraiment hyperthermique dans laquelle on doit se tenir pour satisfait d'un abaissement de quatre à cinq dixièmes; il n'y a même pas lieu de s'effrayer quand il n'est que de deux dixièmes ou même reste nul. Nous verrons que l'action médicamenteuse vient alors utilement à la rescousse.

Les effets produits sur le système nerveux par ces bains sont, on peut le dire, merveilleux. *La stupeur typhique n'existe pas.* A aucun moment, le malade ne perd la notion de ce qui se passe autour de lui, il répond avec lucidité aux questions et se préoccupe de son état avec une conscience étonnante. Les visiteurs qui peuvent assister à Lariboisière au bain que prennent les malades, réunis dans une salle commune et chacun dans sa baignoire, sont surpris de les voir causer entre eux et soutenir souvent une conversation assez animée : « Ils parlent avec intérêt de leur maladie, de leur température, discutant même le nombre de dixièmes de degré qu'on aurait dû marquer sur leur feuille d'observations; à les voir, écrit avec raison Skinner, on ne dirait pas que les baignoires contiennent des typhoïsants. »

Un avantage marqué des bains est de *faire cesser l'insomnie* si pénible

---

difficiles employés par Théophraste. Le petit volume, aux armes de la Faculté, sous le n° 35,205, renferme un :

DICTIONARIUM THEOPHRASTI PARACELSI CONTINENS OBSCURIORUM VOCABULORUM, quibus in suis scriptis passim utitur, Definitiones. A GERARDO DORNEO collectum et plus dimidio auctum. Francofurti, Anno M D I. XXXIII (1633).

Les biographes, les commentateurs de Théophraste de Hohenheim sont nombreux, surtout en Allemagne. Je me bornerai à vous indiquer : Baillif de la Rivière, Suavius, Dorn, Hübner, Soner, J. Peters, Scherer, Maris, Bremer, Spiess, Marx, Lessing, Mook, Frænkel, Bordes-Pagès, Ferguson, Louis Cruveilhier, Clément Sobert, Kerchensteiner (J.), Daremberg, Rohlfs, enfin Hahn, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Plusieurs livres de Van Helmont ont paru pendant sa vie, de 1615 à 1644, et ont attiré sur lui la haine des galénistes.

Le premier Traité est : *Dageraad ofte nieuwe Opkomst der Geneeskonst, in verborgen Grond-Regulen der Nature* (*Conseils journaliers sur une nouvelle origine de la médecine dans les règles fondamentales secrètes de la nature*). Leyde, 1615, in-4°; — autre édition en 1660, Naeranus, Rotterdam.

De magnetica vulnerum naturali et legitima curatione, contra Johannem Roberti, etc. Parisiis, apud Victorem le Roy, 1621.

C'est ce livre qui suscita l'accusation d'hérésie et fut en partie la cause du procès fait à Van Helmont, causant son emprisonnement, procès qui ne s'est terminé qu'après sa mort.

pour les typhiques; le malade, aussitôt remis dans son lit, s'endort, et il goûte, notamment, le sommeil de la nuit. Aussi ne les baigne-t-on pas de deux heures à six heures du matin pour les laisser reposer tranquilles.

La modification des symptômes graves, *délire*, *ataxie*, carphologie même, est des plus remarquables; j'ai vu disparaître, après trois ou quatre bains, des secousses musculaires tétaniformes et des soubresauts tendineux caractéristiques d'un état cérébro-spinal des plus inquiétants.

L'appareil circulatoire est aussi influencé favorablement. Le nombre des révolutions cardiaques est constamment diminué, le pouls demeure plein et régulier pendant le bain, il n'est passagèrement petit et serré qu'à la fin du bain quand le malade commence à éprouver une sensation de froid.

Mais les effets les plus frappants des bains sont la *disparition absolue et rapide de la sécheresse de la langue* et de la bouche, et des fuliginosités des dents et des lèvres. Quand un typhique arrive avec cette langue rôtie et fissurée et ces dents revêtues d'un dépôt noirâtre adhérent si caractéristiques de l'état typhoïde, on peut être certain que vingt-quatre heures plus tard la langue sera humide, puis rose, étalée et lisse. La salive devient plus abondante et plus fluide. La *soif* est incontestablement *diminuée*.

L'influence des bains sur la peau n'est pas moins favorable. Les téguments perdent leur sécheresse, et, même avec une température élevée, cessent de donner à la main la sensation de chaleur mordicante. *Le teint n'est pas jaune et terreux*, chez les malade soumis à la balnéation tiède prolongée; la peau des joues est blanche et même rosée.

Pour la même raison, c'est-à-dire l'activité circulatoire de la peau et l'augmentation de sa vitalité, *les eschares sacrées et trochantériennes sont extrêmement rares.*

Enfin les statistiques montrent que la méthode balnéothérapique des bains tièdes réitérés et progressivement refroidis abrège la durée de la fièvre typhoïde, diminue la fréquence, la durée et la gravité des rechutes, et par suite la mortalité.

EMPLOI DE LA QUININE COMME MOYEN AUXILIAIRE. — Lorsque, malgré l'em-

---

De aquis Spadanis, 1624. — *Supplementum de Spadanis fontibus*. Leodii, apud Leon. Strael, 1624, in-8°.

Febrium doctrina inaudita. Antuerpiæ, apud Vid. Johan. Chobbari, 1642, in-12.

Opuscula medica inaudita. I. *De Lithiasi;* II. *De Febribus;* III. *De humoribus Galeni;* IV. *De Peste*. — Coloniæ Agrippinæ. Apud and. Jodocum Kalkoven, 1644, in-8°.

Voici la première édition des œuvres publiées par le fils de Van Helmont, François Mercure :

ORTVS MEDICINÆ. ID EST, INITIA PHYSICÆ INAVDITA. Progressus medicinæ novus in morborum ultionem, ad vitam longam. Avthore Johanne Baptista Van Helmont, Toparchâ in Merode, Royenborch, Oorschot, Pellines, etc. Edente Authoris Filio Francisco-Mercvrio Van Helmont, cum ejus Præfatione ex Belgico translata. Amsterodami, apud Ludovicum Elzevirum, in-4°. c I ↄ I ↄ c XLIII (1648).

L'édition de 1652, in-4°, également elzévirienne, et que je vous présente, renferme les portraits des Van Helmont; je vous la recommande. D'autres éditions, de Venise par les Juntes, en 1651, in-folio; de Lyon, en 1667, également in-folio; de Francfort, 1682, in-4°, etc., ont suivi dans le même siècle.

Le docteur Broeckx a cherché avec le plus grand soin les œuvres inédites de Van Helmont, et il a été l'instigateur du concours qui a eu lieu à Bruxelles, en 1865, sur la vie et les écrits de son illustre compatriote. On lui doit de patientes recherches et, finalement, il a provoqué l'apparition de deux mémoires couronnés par l'Académie de médecine de Belgique, l'un de W. Rommelaere, l'autre de J.-A. Mandon. Voyez aussi le

ploi des bains, la température ne diminue pas suffisamment, ou quand se produisent de brusques élévations thermiques, on a dans la quinine un frein de réserve contre l'hyperthermie.

M. Bouchard a renoncé à employer la quinine d'une façon continue; l'expérience lui a démontré qu'une dose élevée de ce médicament produit un effet assez durable pour qu'on puisse se dispenser d'y revenir à bref délai; cette durée de l'effet antithermique est d'environ soixante-douze heures.

M. Bouchard prescrit donc, *pendant les deux premiers septénaires,* et *seulement lorsque la température rectale atteint* 40° *le matin ou* 41° *le soir,* 2 *grammes de sulfate de quinine*, qui sont administrés *en quatre doses, à une demi-heure d'intervalle.* Dans le *troisième septénaire*, c'est 1 gr. 50 qu'on administre dans les mêmes conditions, puis 1 gr. dans le *quatrième septénaire et au delà.*

On n'administre pas une nouvelle dose de quinine avant que *trois jours* se soient écoulés.

Du huitième au onzième jour, il en est du pouvoir antithermique de la quinine comme de celui des bains, il est à son minimum.

III

INCONVÉNIENTS ET CONTRE-INDICATIONS.

Cette méthode balnéothérapique présente-t-elle quelques INCONVÉNIENTS? — Ceux qu'on peut relever à son passif sont franchement bien peu graves.

Le principal est la *macération de l'épiderme* des mains et des pieds, chez les travailleurs dont la couche cornée est épaisse et dure : chez les femmes et les jeunes sujets, cet inconvénient est presque nul. Lorsque l'épiderme s'est flétri et ratatiné, il devient le siège de petites fissures, qui peuvent provoquer dès le troisième ou le quatrième jour des bains un *gonflement douloureux des ganglions axillaires;* au bout d'une quinzaine de jours environ, quelquefois plus tôt, quelquefois jamais, apparaissent des *collections*

Rapport sur le concours Van Helmont, par Tallois, dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, deuxième série, t. IX, p. 985-1088, 1866.

W. ROMMELAERE. — ÉTUDES SUR J.-B. VAN HELMONT (in *Mémoires des concours et des savants étrangers de l'Académie royale de médecine de Belgique,* t. VI, p. 281 à 552, 1866, in-4°).

J.-A. MANDON. — J.-B VAN HELMONT, SA BIOGRAPHIE, HISTOIRE CRITIQUE DE SES ŒUVRES, etc. (in *ibidem*, p. 553 à 739).

Je vous signale parmi les biographes et les commentateurs de Van Helmont : D'Elmotte, Buisson, Rouzet, puis Littré, Broeckx, Cunier, Gœthals, Spiess, Marinus, Dezeimeris, Bordes-Pagès, Daremberg, Maximilien Marie, etc.

VII

Arrivé au terme de cette étude, je résume ce que je vous ai dit, sur les deux hommes célèbres qui viennent de nous occuper.

Paracelse s'abandonnant sans frein aux violences de son caractère, despote, énergumène, vante l'expérience, mais ne la suit pas. Il parle et il écrit dans un langage bizarre et confus, en détournant les mots de leur signification habituelle. Théophraste de Hohenheim n'est pas un chef pour les chimistes, ni un médecin de premier ordre, mais dans son dédain pour les anciens dogmes, il fait voir l'importance de l'initiative personnelle. De plus, il a fixé l'attention sur les médicaments chimiques et les spécifiques.

Van Helmont, esprit vagabond, incertain, mécontent de lui-même et des autres, pre-

purulentes, sous-épidermiques presque toujours, quelquefois *sous-dermiques*, qui ne causent pas de douleurs au malade, ou lui en causent si peu qu'il ne s'en aperçoit que par hasard et que c'est au médecin à les dépister par une recherche minutieuse.

Il est très important de s'en apercevoir le plus tôt possible ; car, si on donne issue par un coup de lancette au pus, dès qu'il est collecté, la cicatrisation est d'une rapidité très grande, tandis que le décollement se fait de même avec une très grande rapidité, si on oublie d'ouvrir l'abcès. En pareil cas, on peut voir se former aux doigts des panaris profonds. Après les extrémités, c'est le voisinage du sillon interfessier qui est le plus souvent le siège des abcès. Quand on a fait l'incision de l'abcès, il est bon de panser la petite plaie avec un topique antiseptique, et le meilleur a paru être la vaseline iodoformée.

Il ne faut pas incriminer uniquement la balnéation tiède à propos de ces abcès ; la macération épidermique est aussi le résultat des bains froids ; d'ailleurs, des abcès et des furoncles multiples apparaissent souvent au moment de la convalescence sans aucun traitement hydriatique, et M. A. Chauffard a montré qu'ils constituent souvent une sorte de poussée éliminatrice des microbes, que le rein et l'intestin n'avaient pas évacués.

La *multiplicité* et la *longue durée* des bains ont aussi pour inconvénient de déterminer chez certains malades nerveux, et surtout chez certaines femmes hystériques, un tel *agacement*, qu'après avoir protesté énergiquement contre leur mise dans le bain, ils s'y agitent, s'y plaignent et s'y tourmentent tellement que leur température *s'abaisse à peine*, et que, dans quelques cas très exceptionnels, chez des femmes d'une indocilité extrême, on l'a vue même *s'élever de quelques dixièmes*. Le plus souvent, des paroles d'encouragement, prodiguées à propos, ont raison de l'impatience du malade. Si on ne réussit pas à le calmer, il y a lieu de suspendre provisoirement la balnéation, à condition que l'hyperthermie ne soit pas excessive, et c'est rarement le cas, puisque le malade ne se révolte guère contre la continuité de la balnéation qu'après avoir passé la période vraiment dan-

---

nant pour des réalités ses rêves et ses visions, est le coryphée d'un vitalisme exagéré. Les éloges dont on l'a comblé ne doivent pas nous faire tomber dans un excès contraire. Plus savant que Paracelse, il a mieux observé ; il a reconnu l'importance de la digestion stomacale ; sa théorie des ferments offre des aperçus profonds et qui étonnent, mais qu'il y a loin de là aux démonstrations de Davaine et de Pasteur.

N'exaltons pas outre mesure Paracelse et Van Helmont, ces deux ardents démolisseurs du passé, ces fanatiques thérapeutistes, ne leur attribuons pas des découvertes qu'ils n'ont pas soupçonnées. Ils ne sont pas réformateurs, leurs idées fausses auraient conduit la science hors de la vraie route. Le retour d'un Paracelse n'est plus possible, ainsi que l'a montré, en 1853, notre doyen, M. Jules Béclard, alors agrégé de la Faculté, en examinant et réfutant dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (2 décembre 1853, p. 117-121) l'ouvrage bizarre de Johann Gottfried Rademacher qui se disait disciple de Théophraste de Hohenheim.

Sans anatomie, avec une physiologie insuffisante, la médecine ne progresse pas. Dans les siècles troublés où ont vécu Paracelse et Van Helmont, les seuls médecins, observant les malades sans idées préconçues et véritables cliniciens, ne faisaient point dévier l'art de guérir. Aussi voyons-nous les anciennes erreurs détruites, non par les illustres rêveurs de Bâle et de Vilvorde, mais par les anatomistes des écoles d'Italie et surtout, grâce à l'immortelle découverte de William Harvey.

Prof[r] LABOULBÈNE.

gereuse par l'élévation thermique; après une suspension d'une demi-journée ou d'une journée, on pourra toujours reprendre la balnéation.

Comme CONTRE-INDICATIONS FORMELLES à l'emploi des bains, M. Bouchard admet : 1° les attaques syncopales survenant pendant ou immédiatement après le bain; — 2° l'hémorrhagie intestinale; — 3° la perforation de l'intestin et la péritonite. — La *syncope* s'est montrée quelquefois chez certains malades qui avaient une extrême appréhension du bain, et chez d'autres qui étaient atteints d'une affection cardiaque antérieure.

L'apparition des règles chez les femmes n'est pas une contre-indication formelle à la continuation des bains, si la malade ou son entourage n'en conçoivent pas une crainte exagérée. L'intercurrence du rhumatisme articulaire vrai, chose rare, peut être une cause de suspension. Les complications thoraciques graves et durables, telles que l'hépatisation pneumonique ou la pleurésie (si exceptionnelle), font suspendre les bains; mais, au contraire, la simple congestion hypostatique, habituelle dans la fièvre typhoïde, se trouve amendée rapidement par l'emploi des bains.

Paul LE GENDRE.

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants.

Par M. le docteur ACHENNE.

Un travail tout récent a nettement tranché la question de l'origine véritable du rachitisme en la rapportant uniquement à l'alimentation défectueuse.

Cette étiologie est enseignée unanimement par tous les maîtres, notamment par Jules Guérin et par M. le professeur Bouchard.

M. le docteur Comby résume son jugement dans cette question du rachitisme, par la proposition suivante : « Quand on voit des familles nombreuses, comptant six, huit et dix enfants allaités diversement suivant les vicissitudes heureuses ou malheureuses auxquelles sont soumis les ouvriers, payer au rachitisme un tribut proportionné aux fautes hygiéniques commises, on ne peut se défendre de croire que toute l'étiologie du rachitisme est dans l'hygiène alimentaire. » M. le professeur Bouchard appuie cette opinion et la justifie par des considérations scientifiques empruntées à ses travaux sur la nutrition.

S'il en est ainsi, si des fautes de régime et d'alimentation sont les causes premières d'une des plus graves affections de l'enfance, il est d'une importance souveraine de rechercher les moyens de corriger l'alimentation grossière et prématurée donnée aux enfants.

La solution de ce problème peut se résumer dans les conditions suivantes : donner à l'enfant les aliments dans un état de division extrême, pour parer à l'absence des dents, et assez substantiels, sous un petit volume, pour ne pas obliger l'estomac à se distendre à l'excès.

Il faut encore que l'aliment dont on fait usage chaque jour contienne tous les principes qui sont nécessaires à la production de la chaleur animale et à la formation de tous les tissus, notamment de celui des os. Et tout cela ne suffit pas ; il faut encore et surtout que ces principes si divers s'y trouvent réunis dans le rapport que l'expérience et la physiologie enseignent être indispensables pour une nutrition normale.

C'est aux céréales qu'il faut évidemment demander un aliment quotidien : la viande et les œufs ne doivent entrer dans le régime alimentaire des enfants qu'assez tard, avec précaution et graduellement.

Des céréales capables de fournir un aliment simple, une seule réalise, mais à la per-

fection, toutes les conditions énumérées ci-dessus ; c'est l'avoine cultivée. C'est pourquoi la farine d'avoine a été introduite dans l'alimentation des enfants en bas-âge. Comme cette farine ne se rencontre pas dans le commerce ordinaire, n'étant pas l'objet d'une consommation industrielle, il a fallu que ce produit devînt l'objet d'un fabrication spéciale et pour ainsi dire pharmaceutique. Il faut savoir gré aux initiateurs qui, en la présentant au public médical sous le nom de farine Morton, se sont voués à la vulgarisation de cet aliment.

La farine d'avoine s'est trouvée mise ainsi à l'abri de sophistications trop fréquentes dans les denrées alimentaires d'usage courant.

Une analyse récente, faite à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Brissonnet, a montré que la farine Morton réalisait les conditions d'un aliment modèle. Les substances protéiques et les matériaux hydrocarbonés y sont dans le rapport que l'expérience clinique et la physiologie exigent d'un aliment parfait.

Ainsi, la farine Morton se présente avec toutes les garanties de pureté, de fabrication consciencieuse, que nous avons le devoir d'exiger d'un produit à recommander pour l'alimentation des enfants en bas âge. Elle est, pour ainsi dire, une préparation officinale qui comporte pour nous, médecins, la sécurité d'un produit pharmaceutique.

C'est à ce titre qu'elle a été expérimentée à Paris dans les hôpitaux d'enfants, et hautement recommandée par M. le docteur Bouchut. C'est une arme sûre avec laquelle nous pouvons efficacement combattre cette affection humiliante pour l'espèce humaine et pour la médecine, le rachitisme.

On la prescrit utilement soit comme complément de l'allaitement, quand l'enfant atteint l'âge où le lait de la mère ou de la nourrice devient insuffisant, soit pour parer à cette insuffisance quand elle se manifeste de bonne heure, par le fait de la nourrice.

D'après M. Bouchut, on commencera par un potage par jour, puis deux potages, et l'on donnera au besoin du lait bouilli dans l'intervalle.

Pour préparer ces potages, on fait cuire la farine avec du lait, en ajoutant un peu de sel et suffisamment de sucre. Quand les enfants sont plus âgés, il sera bon d'y ajouter un jaune d'œuf. Par ces moyens, on sera assuré de procurer à l'enfant un aliment riche, très digestible, de peu de volume. On évitera avec certitude les gastro-entérites si fréquentes, prélude accompagné du rachitisme et des autres affections si graves qui ont leur point de départ dans une alimentation défectueuse. Le sevrage sera facile et la transition de la nourriture spéciale à la nourriture commune s'opérera par une gradation toute naturelle.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 mars 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le docteur Boudet (de Paris) réclame la priorité de la découverte de l'influence de l'effluve sur la plaque photographique. Il avait fait, à ce sujet, une communication à la Société internationale des électriciens le 3 mars, et cette communication a été publiée le 20 mars par le journal la *Lumière*. La note de M. Tommasi n'a été présentée à l'Académie que le 22 du même mois.

M. le professeur Van Beneden (de Louvain) vient d'accomplir la cinquantième année de son professorat. Ses élèves ont ouvert une souscription pour faire frapper une médaille en l'honneur de leur maître.

Un correspondant affirme qu'il lui a suffi de planter du *datura stramonium* dans ses vignes pour les débarrasser du phylloxera.

M. le Secrétaire perpétuel annonce la mort de M. Lallemand, doyen de la Faculté des sciences de Poitiers, correspondant de la section de physique. M. Lallemand avait 69 ans.

M. DE LESSEPS, revenu de Panama, dit que, sur toute la longueur du canal, les travaux sont en pleine activité et que l'entreprise sera terminée en 1889; les installations sont complètes partout; il y a un hôpital de 500 lits, dont 300 seulement ont été occupés à la fois, ce qui montre que les conditions sanitaires ne sont pas mauvaises sur les chantiers. Il existe de grands ateliers de construction comparables à ceux du Creusot, et les machines représentent la somme de travail qui pourrait être faite par 500,000 hommes. M. de Lesseps et sa suite ont assisté à la destruction d'une colline au moyen de dynamite et de poudre, etc.

A propos de la traversée accomplie par M. de Lesseps, M. LE PRÉSIDENT présente une note, de M. Riondel, relative à la collision des navires en mer, et il prie l'Académie de désigner une commission qui serait chargée de rechercher les moyens d'augmenter la visibilité du feu vert. C'est parce que ce feu, placé à tribord, est moins bien aperçu que le feu rouge du bâbord et le feu blanc du centre, qui forment les signaux des navires en marche, que la plupart des accidents se produisent. La commission se composera de l'amiral Pâris, de M. Bouquet de la Grye et de M. Cornu.

M. le professeur BOUCHARD donne lecture de la deuxième partie de son mémoire sur la *toxicité de l'urine*.

« Dans une précédente note, j'ai établi les caractères et le degré de la toxicité des urines de l'homme sain. Cette toxicité varie suivant certaines circonstances physiologiques. J'étudierai aujourd'hui les différences qu'elle présente suivant l'état de veille et suivant l'état de sommeil.

En temps égaux, l'homme élimine pendant le sommeil moins d'urine que pendant la veille, et ces urines sont plus denses. On pourrait croire que ces urines plus concentrées doivent être plus toxiques. C'est le contraire qui est la règle.

Non seulement à volumes égaux, les urines du sommeil sont presque toujours moins toxiques que celles de la veille ; mais toujours les urines du sommeil ont une toxicité totale moindre que les urines sécrétées pendant un égal temps de la période de veille.

En huit heures de sommeil, l'homme élimine deux à quatre fois moins de poison urinaire que pendant huit heures de veille.

Il ne faudrait pas croire cependant que le sommeil amoindrit la production et l'élimination du poison urinaire. A la fin de la période de veille, à l'instant précis où l'homme s'endort, la toxicité urinaire est au *minimum*. A partir de ce moment elle augmente incessamment et régulièrement pendant seize heures, d'abord pendant le sommeil, puis pendant la première moitié de la période de veille. Au moment du réveil, l'intensité de la sécrétion toxique est cinq fois plus considérable qu'au début du sommeil ; huit heures après le réveil elle est neuf fois plus grande ; elle est alors au *maximum*. A partir de ce moment, la décroissance commence, elle se fait deux fois plus vite que la croissance et, en huit heures, elle est revenue au *minimum* au début d'une nouvelle période de sommeil. Le rapport des quantités de poison éliminées dans ces trois périodes d'égale durée (sommeil, veille matinale, veille vespérale) est comme les nombres 3. 7. 5.

On pourrait supposer que la moindre toxicité des urines du sommeil est due à ce que l'alimentation s'effectue exclusivement et se répète plusieurs fois pendant la veille. On expliquerait alors la toxicité plus grande des urines du jour, ou par la potasse d'origine alimentaire, ou par les alcaloïdes que Tanret a montrés toujours associés aux peptones et qui, d'après Brieger, résulteraient du fait de la peptonisation ; ou par la résorption des matières toxiques de la bile qui est surtout sécrétée pendant la digestion. Il y a une part de vérité dans cette hypothèse. J'ai voulu la vérifier directement. J'ai recueilli isolément les urines de la veille et les urines du sommeil de trois hommes bien portants, et reconnu, en tenant compte des quantités sécrétées en des temps égaux, que les urines de la veille étaient quatre fois plus toxiques et contenaient deux fois plus de potasse que les urines du sommeil.

Je suis arrivé ainsi à cette première conclusion que, si les variations se font dans le même sens, il n'y a pas proportionnalité entre les variations de la toxicité et les

variations de l'élimination de la potasse. Enfin, en tenant compte de la potasse contenue dans les quantités d'urine qui avaient produit la mort des animaux en expérience, j'ai constaté que cette potasse ne peut expliquer que le cinquième de la toxicité des urines du jour et le tiers de la toxicité des urines de la nuit. J'ai pour cela injecté dans les veines, au même degré de dilution où il se trouve dans les urines, le potassium à l'état de chlorure, de sulfate, de phosphate, d'urate. J'ai d'ailleurs vérifié expérimentalement que les autres sels minéraux ne sauraient être incriminés, la soude en raison de sa toxicité minime, la chaux en raison de sa faible toxicité et de sa très faible proportion, la magnésie en raison de sa très faible proportion.

Pour dénier à l'alimentation une part prépondérante dans la différence de toxicité des urines de la veille et des urines du sommeil, je ferai remarquer que, si l'excès des poisons de la veille était fourni par les aliments, ou par la sécrétion des sucs digestifs, ou par l'acte même de la digestion, la toxicité devrait augmenter au lieu de diminuer pendant la seconde moitié de la journée ; qu'elle devrait décroître au lieu d'augmenter pendant le sommeil ; et que le minimum devrait être au réveil et non à l'instant où l'homme s'endort.

Au point de vue de leur toxicité, les urines de la veille et les urines du sommeil ne présentent pas seulement des différences d'intensité ; elles diffèrent aussi comme qualité. Les urines du sommeil sont toujours franchement convulsivantes ; les urines de la veille sont très peu ou ne sont pas convulsivantes, mais elles sont narcotiques. C'est à tel point qu'on se demande s'il n'y aurait pas lieu de reprendre avec Preyer la théorie toxique du sommeil. Ce qui est certain, c'est que, pendant la veille, le corps fabrique une substance qui, accumulée, produirait le sommeil ; et que pendant le sommeil, il élabore, au lieu de cette substance narcotique, une substance convulsivante qui, accumulée, pourrait produire la secousse musculaire et provoquer le réveil. Quoique la potasse produise des convulsions énergiques, on ne peut pas lui attribuer la qualité convulsivante des urines du sommeil, puis ces urines sont moins riches en potasse que les urines de la veille.

Les poisons de la veille et les poisons du sommeil ne sont pas seulement différents comme intensité et comme qualité, ils sont antagonistes : l'un est le contre-poison de l'autre. Si l'on mélange les urines de la veille et les urines du sommeil proportionnellement à leurs masses respectives, la toxicité du mélange n'est pas une moyenne ; elle peut être moindre que celle des urines qui était le moins toxique. Elle ne représente que les deux tiers de la somme des toxicités partielles.

Pour déterminer le coefficient urotoxique d'un individu, on doit donc additionner la toxicité totale des urines de la veille et la toxicité totale des urines du sommeil, et ne pas opérer sur le mélange des urines de vingt-quatre heures. »

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un secrétaire perpétuel en remplacement de M. Jamain. Les candidats sont M. Alphonse Milne-Edwards et Vulpian.

Sur 51 votants, majorité 26, M. Vulpian obtient 25 suffrages ; M. Milne-Edwards, 24 ; M. Cahours, 1 ; M. Berthelot, 1.

Il est procédé à un deuxième tour. Sur 51 votants, M. Milne-Edwards obtient 25 suffrages ; M. Vulpian, 25 ; M. Cahours, 1.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité voulue, il est procédé à un troisième tour, et M. le président croit devoir prévenir qu'il s'agit cette fois d'un scrutin de ballottage. Mais, ballottage ou non, si les voix se répartissaient la troisième fois comme elles se sont réparties la deuxième, qu'y aurait-il d'acquis ? Heureusement, le cas ne se représente pas.

Sur le même nombre de votants, M. Vulpian obtient 26 voix ; M. Milne-Edwards, 24. Il y a un bulletin blanc.

En conséquence, M. Vulpian est élu secrétaire perpétuel.

Les procès-verbaux des scrutins seront envoyés à M. le ministre de l'instruction publique.

— La séance est levée à quatre heures vingt minutes. — M. L.

FORMULAIRE

REMÈDE CONTRE LES BRULURES. — Richardson.

On pile ou on râpe de la glace, de manière à l'obtenir aussi sèche que possible, et on la mélange intimement avec de l'axonge fraîche, pour former une sorte de pâte. Ce mélange est alors introduit dans un sac de fine batiste, que l'on étale sur la surface brûlée. La douleur se calme rapidement, et dès qu'elle reparaît, on renouvelle l'application glacée. Ce mode de pansement prévient la fièvre, et diminue la rétraction du tissu cicatriciel. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons appris avec un douloureux étonnement la mort de notre collègue le docteur Gillette, chirurgien des hôpitaux, qui a succombé mercredi matin à une courte maladie. La séance de la Société de chirurgie a été levée en signe de deuil.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Bienfaiteurs de l'Association :

M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

De M. le docteur Henri Roger, la nue propriété d'un titre de rente de 600 francs 4 1/2 p. 100 ;

De Mme la baronne Jules Cloquet la nue propriété d'un titre de rente de 400 francs 3 p. 100 ;

De MM.	le docteur Bourdin	50 francs.
	le docteur Bucquoy	100
	le docteur Brun (Auguste)	100
	le docteur Cordès	30
	le docteur Galezowski	500
	le docteur Gueneau de Mussy	100
	le docteur Lannelongue	1,000
	le docteur Larrey (le baron)	100
	le docteur Lœwenberg	250
	le docteur Pfeiffer	100
	le docteur Pilat	50
	Marjolin (Georges)	20
	Wickham (Georges)	25

1886 — Fêtes de Pâques

15 JOURS EN ESPAGNE

CÉRÉMONIES RELIGIEUSES PENDANT LA SEMAINE SAINTE
VISITE DES PALAIS, MUSÉES, ETC., ETC.

POINTS PRINCIPAUX A VISITER :

Bayonne (Biarritz), **Hendaye** (Fontarabie), **St-Sébastien**, **Burgos**, **Valladolid**, **Medina del Campo**, **Madrid**

A cette occasion, la Compagnie des Chemins de fer d'*Orléans*, d'accord avec les Compagnies du *Midi de la France*, du *Nord de l'Espagne*, délivrera, du **15 au 25 Avril prochain inclusivement**, des Billets de PARIS à MADRID, en voitures de 1re classe, au prix de **200** francs, aller et retour compris, avec faculté d'arrêt en FRANCE : à *Bordeaux*, à *Bayonne* et à *Hendaye;* en ESPAGNE, *à tous les points du parcours*.

Ces Billets sont valables pendant **20 jours** à partir de la date d'émission.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. G. Schlemmer : Sur les nouveaux moyens de diagnostic de la fièvre typhoïde proposés en Allemagne. — II. De Madec : A propos de l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites. — III. Bibliothèque : De l'égalité des races humaines. — IV. L'Epidémie cholérique de 1886. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Courrier.

Sur les nouveaux moyens de diagnostic de la fièvre typhoïde proposés en Allemagne.

En discutant les statistiques relatives à l'influence exercée sur la fièvre typhoïde par les progrès de l'hygiène et par les méthodes nouvelles de traitement, Gutmann (1) et plusieurs autres médecins allemands ont exprimé des doutes sur l'abaissement du taux de la mortalité. Basant ses réserves sur l'incertitude du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et divers états fébriles encore mal classés (fièvre bilieuse, fièvre catarrhale, fièvre synoque, etc.), Gutmann a émis le vœu que, dans un prochain avenir, les recherches bactériologiques contribuent à résoudre cette difficulté.

Ce médecin se refuse, avec plusieurs autres, à ranger par exemple dans le cadre de la fièvre typhoïde ces cas de catarrhe gastrique fébrile qui avortent ou peuvent être aisément coupés, principalement chez les enfants; mais, pour réaliser une telle exclusion, il faut un diagnostic sûr et suffisamment précoce.

Aux diverses causes qui peuvent faire suspendre le diagnostic au début, et qui ont été magistralement exposées l'année dernière encore par M. le professeur Hardy (2), notamment en ce qui concerne les malades de la pratique hospitalière (rareté d'un frisson appréciable, absence de caractères spéciaux de la céphalalgie, de la courbature, du malaise général, défaut de connaissance de la courbe thermique initiale, persistance exceptionnelle de l'intelligence et de l'activité, prédominance accusée des phénomènes angineux, retard dans l'apparition de la diarrhée, etc.), il faut ajouter, d'après Stiller (3), l'absence totale de taches lenticulaires et de gonflement splénique qui serait particulièrement fréquente dans certaines contrées, telles que la Hongrie, par exemple.

Comme la thermométrie, dont l'usage devenu aujourd'hui presque universel a déjà rendu à la fois plus hâtif et plus assuré le diagnostic de la fièvre typhoïde, les recherches bactériologiques peuvent-elles nous venir en aide, dans la pratique, pour la solution de ce problème, et dans quelle mesure sont-elles applicables? — Déjà, en Allemagne, Gerhardt (4), dans sa leçon d'ouverture « Sur le diagnostic et sur la thérapeutique », insiste sur ces ressources nouvelles, et Eisenberg (5) a publié à l'usage des étudiants un *Traité de diagnostic bactériologique.*

Pour la fièvre typhoïde, qui seule nous occupe ici, c'est principalement depuis les travaux d'Eberth et de Gaffky qu'on peut accorder à l'examen bacillaire une valeur diagnostique. Après avoir exposé l'historique des

(1) *Deutsche mediz. Zeitung*, 1886, n° 6.
(2) *Union médicale*, 1885, n° 61.
(3) *Deutsch. med. Zeit.*, 1885, n° 75.
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1885, n° 90.
(5) *Centralbl. f. klin. Med.*, 1886, n° 6.

recherches relatives à ce microbe, Cornil et Babès (1) concluent de leurs études personnelles que « le bacille d'Eberth est très probablement l'agent de la transmission de cette maladie » et qu'il manque encore, pour établir sa spécificité pathogénique, des résultats plus positifs dans les expériences d'inoculation et la découverte de cet organisme dans les milieux physiologiques (air, eau, etc.), au sein des foyers épidémiques.

Quel que soit le rôle attribué au bacille typhoïde dans la production de la maladie, les travaux ultérieurs permettent-ils de reconnaître maintenant à ce genre de recherches une valeur diagnostique plus grande?

En ce qui concerne le bacille lui-même, ses caractères ont pu être précisés; Artaud (2), en remplaçant par la congélation des coupes fraîches leur durcissement dans l'alcool, est parvenu à colorer le bacille plus facilement que Gaffky; et il a permis de différencier plus nettement, parmi les cellules lymphoïdes entre lesquelles ils se rencontrent également, d'une part, les amas de bacilles fins, entièrement colorés, de la putréfaction, et, d'autre part, les amas de bacilles typhiques, arrondis aux deux extrémités en *forme de navette*, plus petits que le globule rouge d'un tiers ou deux, environ trois fois plus longs que larges, et présentant au centre un espace clair occupé sans doute par une spore généralement unique.

Les cultures de ce microbe, étudiées tant en France qu'en Allemagne, ont confirmé les observations de Gaffky sur l'aspect blanchâtre de la tache d'implantation, le défaut de liquéfaction de la gélatine, la végétation en forme de membrane transparente et d'apparence sèche sur la pomme de terre, le mouvement oscillatoire propre des bacilles et leur sporulation plus ou moins active, suivant que la température varie entre 20 et 40°, enfin l'apparition plus rare des formes filamenteuses.

Quant aux effets de l'inoculation des bacilles, soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le duodénum avec ou sans ligature du canal cholédoque, chez la souris, le lapin et le cobaye, ils paraissent un peu mieux déterminés. Tous les auteurs s'accordent à signaler, chez les animaux qui succombent, la tuméfaction de la rate, des ganglions, des glandes mésentériques et des plaques de Peyer, la mortification des follicules isolés du jéjunum, les pétéchies des membranes séreuses et les hémorrhagies de la muqueuse intestinale. E. Fränkel et Simmond (3) ont constaté dans la rate de ces animaux les amas bacillaires si caractéristiques dans la fièvre typhoïde de l'homme, et, à l'exemple de Pfeiffer (4), ils ont toujours reproduit à l'aide de ces pièces les cultures typiques du bacille. Si cette infection expérimentale présente chez les animaux des différences au point de vue de la symptomatologie et de la terminaison, elles peuvent s'expliquer non seulement par la différence de réceptivité des espèces et par les conditions individuelles de jeûne, de vigueur, d'âge, mais encore par la dose et la qualité des cultures inoculées, ainsi que par le mode de l'introduction. Quant aux survivants, ils ont constamment résisté à une deuxième inoculation. — Tentée par M. Tayon (5) sur lui-même et sur cinq autres personnes, cette infection expérimentale a donné chaque fois, bien

(1) Les bactéries. — Paris, 1885.
(2) Thèse de Paris, 1885.
(3) *Centralbl. f. klin. med.*, 1885, n° 44.
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1885, n° 68.
(5) *Union médicale*, 1885, n° 115.

qu'avec une intensité variable, les mêmes symptômes locaux et les mêmes troubles généraux.

Enfin, avec diverses parcelles de terre provenant du puits qui alimentait une caserne infectée de fièvre typhoïde et du sol situé au-dessous du lit occupé par le premier soldat affecté, M. Tryde (1) a obtenu des cultures identiques à celles que lui ont fournies plus tard les organes des typhiques décédés et absolument pareilles aux cultures typiques de Gaffky.

Si maintenant les caractères de ce bacille, sa constance chez les typhiques et son absence dans toute autre maladie paraissent confirmées par l'accord unanime des auteurs, tant français qu'étrangers, les récents travaux publiés en Allemagne peuvent-ils conférer à ce diagnostic bacillaire une valeur pratique, une utilité réelle au *lit du malade ?*

Pfeiffer (2), en appliquant la méthode de l'isolement sur les plaques d'agar-agar, a réussi, aussi bien avec les *selles* de typhiques vivants qu'avec le contenu intestinal des cadavres, à obtenir des colonies caractéristiques du bacille, doué de son mouvement propre, et à reproduire sa culture typique sur la pomme de terre. Expérimentant sur sept selles de typhiques, Fränkel et Simmond ont eu le même succès trois fois.

L'examen du *sang* pratiqué par ces deux auteurs sur six typhiques différents ne leur a donné que des résultats négatifs et les plaques nutritives qu'ils essayèrent d'inoculer demeurèrent stériles comme celles de Gaffky (3).

Cependant l'observation de Reher (4), qui a obtenu des cultures du bacille typhique avec les sucs splénique et hépatique d'un fœtus dont la mère succombait à la fièvre typhoïde dans le sixième mois de sa grossesse, paraît indiquer que le microbe est charrié dans le sang, au moins pendant un certain temps, comme cela semble être démontré pour la fièvre récurrente et pour le charbon (Koubassof) (5). Aussi la tentative fut-elle reprise par Neuhaus (6) et cette fois avec plus de succès. En s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, il fit sur la peau de 6 malades typhoïsants des incisions superficielles, et avec la gouttelette de sang ainsi recueillie, il obtint trois cultures caractéristiques, et constata à cette occasion que les mouvements du bacille dépendent surtout de la différence de température dans le milieu nutritif et dans la goutte d'eau où on l'examine. Mais il est à remarquer que les incisions pratiquées au niveau des *taches roséolées* lui fournirent seules les bacilles typhiques dont il vérifia l'identité par leur culture sur la pomme de terre, par l'inoculation pratiquée sur les souris et par les cultures typiques du bacille obtenues à nouveau à l'aide des fragments de rate et de glande mésentérique ainsi infectés.

Il y a lieu de se demander avec Neuhaus si les bacilles provenaient en réalité ici des canalicules sanguins périphériques, ou si, déposés dans les taches lenticulaires, ils se sont trouvés mélangés et entraînés mécaniquement avec les gouttelettes du sang épanché.

S'inspirant des résultats constants signalés par la plupart des auteurs

(1) *Semaine médicale*, 1885, n° 155.
(2) *Loc. cit.*
(3) Cornil et Babès : *loc. cit.*
(4) *Deutsch. med. Zeit.*, 1885, n° 90.
(5) *Semaine médicale*, 1885, n° 6 ; *Centralbl. f. klin. Med.*, 1885, n° 39.
(6) *Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 6.

dans l'examen de la rate des cadavres typhiques, Maragliano (1) avait réussi, en ponctionnant le parenchyme splénique des malades, à retrouver et à cultiver des bactéries diverses parmi lesquelles se trouvaient sans doute aussi le bacille d'Eberth ; mais les caractères propres de ce microbe n'étaient pas suffisamment déterminés à cette époque ; aussi Heim (2) a t-il repris ces expériences après la publication des travaux de Gaffky, et récemment Philipowicz (3) a communiqué les résultats de ses essais personnels, à Vienne, dans quatre cas où le diagnostic laissait jusqu'alors quelque place au doute, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes caractéristiques et des taches lenticulaires notamment. Après avoir lavé la peau avec la solution de sublimé à 1/1000 et ponctionné la rate sur la ligne axillaire entre la neuvième et la dixième côte, il put aspirer lentement dans la seringue de Pravaz stérilisée quelques centimètres cubes de suc splénique ; il réussit chaque fois à y découvrir sous le microscope le bacille préalablement coloré et à produire en outre sur la gélatine et la pomme de terre les cultures caractéristiques.

Ira-t-on plus loin dans cette voie et va-t-on tenter bientôt l'inoculation vaccinale ? Chez tous les animaux inoculés qui ont survécu aux troubles causés par cette infection expérimentale, les auteurs ne manquent pas de signaler l'échec constant d'une deuxième inoculation. D'autre part, chez la souris, Neuhaus (4), en réduisant considérablement la dose du virus introduit, semble avoir atténué la gravité de l'affection. Mais les expériences de A. Fränkel (5), à l'aide des cultures dans le bouillon ou l'agar maintenues à une température élevée, sont demeurées sans résultat.

En ce qui concerne l'homme, — si la réinoculation subie par M. Tayon (6) et par M. Kempff n'a été suivie d'aucun trouble et si, d'autre part, l'inoculation première d'une culture moins virulente n'a donné à trois autres personnes qu'une atténuation des phénomènes observés chez les sujets précédents, — le nombre de ces tentatives n'est pas suffisant pour que l'on puisse affirmer une vaccination certaine. Toutefois les essais thérapeutiques tentés dans ce sens par les bactériologistes paraissent avoir plus d'avenir que le procédé expérimenté par Cantani (7) contre la tuberculose localisée, et basé sur la destruction des bacilles de Koch par des inhalations de cultures du bactérium termo.

Pour en revenir à notre sujet l'application de l'examen bactériologique au diagnostic de la fièvre typhoïde est demeuré, comme on le voit, bien restreinte jusqu'ici, et avant de passer dans la pratique journalière il lui reste encore à triompher d'objections nombreuses.

Sans vouloir discuter ici la question du rôle pathogénique du bacille et laissant de côté la théorie des microzymas de Béchamp et d'Estor (8), — qui d'ailleurs ne refuserait pas absolument au microbe, quelle que soit son origine, un ensemble de caractères pathognomoniques au moins pendant

(1) Cornil et Babès : *loc. cit.*
(2) *Idem.*
(3) *Wien. med. Blatt*, 1886, nos 6 et 7.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Centralblatt. f. klin. Med.*, 1886, n° 10.
(6) *Loc. cit.*
(7) *Wien. med. Blatt*, 85, n° 30.
(8) *Semaine médicale*, 1886, n° 12.

une période donnée de la maladie, — on peut relever à titre d'objection contre l'ensemble des moyens de diagnostic exposés ci-dessus, la présence de microbes dans le sang ou dans les tissus de l'organisme sain. Bien que cette question des germes à l'*état latent*, signalée par Chauveau (1), Ch. Richet, Verneuil (2), Riegel, Nencki et Zweifel (3), soit loin d'être élucidée aujourd'hui, il semble résulter des travaux précités que le bacille, observé d'une manière assez constante et jusqu'à présent exclusive dans la fièvre typhoïde, présente au moins dans les trois premières semaines de la maladie des propriétés assez typiques pour le caractériser.

Dans l'organisme infecté de fièvre typhoïde, indépendamment des amas de bacilles cadavériques nettement différenciés par Artaud des amas de bacilles typhiques, on a depuis longtemps signalé les diverses infections secondaires qui ont permis d'isoler et de cultiver des microbes différents du bacille d'Eberth; ainsi, dans un cas compliqué de parotidite, le pus fournit à E. Fränkel et Simmond (4) une culture de staphylococcus flavus; Senger (5) retira des ulcérations intestinales, des glandes mésentériques et des excroissances mitrales d'un typhique une culture de streptococcus pyogenes; dans un cas compliqué de pneumonie Weichselbaum (6) produisit des cultures de staphylococcus aureus, tandis que les sucs hépatique et splénique lui fournirent des cultures du bacille typhique. A l'occasion d'un malade chez lequel ce dernier auteur obtint par la ponction splénique une culture de streptococcus pyogenes, Philipowicz (7) fait observer qu'à la température des appartements le streptococcus végète plus lentement sur la gélatine que le bacille typhique; par suite, dans l'hypothèse d'un ensemencement simultané, la germination du streptococcus, alors que le bacille n'a pas apparu, tend à exclure le diagnostic de fièvre typhoïde, à moins qu'il ne s'agisse déjà de la phase régressive de cette maladie; pendant cette période, en effet, les auteurs s'accordent à reconnaître que le bacille s'observe plus difficilement que dans les premières semaines.

Ces infections secondaires constituent donc pour le diagnostic bactériologique une source de difficultés réelles, qui cependant ne sont pas toujours insurmontables. Philipovicz a pu, en effet, avant l'apparition des taches rosées et quarante-huit heures après la ponction splénique, reconnaître une culture du bacille d'Eberth.

En raison de la multiplicité des organismes indifférents ou pathogènes qui se rencontrent dans le tube digestif, l'*examen des selles* ne paraît convenir que difficilement au diagnostic bactériologique. L'*urine* semblerait devoir se prêter plus aisément à cette recherche; on sait que M. Bouchard (8) a signalé la présence du bacille typhique dans ce liquide, constatation qui a servi de base à sa conception des néphrites infectieuses.

En se fondant sur la fréquence des lésions vasculaires démontrées non

(1) *Semaine médicale*, 1885, n° 35.
(2) *Idem.*
(3) *Deutch. med. Zeit.*, 1885, n° 87.
(4) *Centralbl. f. Klin. med.*, n° 44.
(5) A. Fränkel : *Loc. cit.*
(6) Philipovicz : *Wien. med. Blatt*, 1886, n° 7
(7) *Idem.*
(8) Cornil et Babès : *Loc. cit.*

seulement dans les parenchymes lymphoïdes, mais aussi dans les viscères, tels que l'estomac (A. Chauffard) (1), le foie, les reins, et même dans des organes plus éloignés encore, tels que le pied et la joue (Bernheim) (2), on se trouve conduit à penser avec Beher (3) que le principe morbide, quel qu'il soit, réside dans les appareils lymphoïdes et est charrié par le sang. Cette considération justifie la recherche du bacille d'Eberth soit dans le *sang* ou dans la *tache roséolée*, soit dans le *suc extrait de la rate*. Peut-être y aurait-il lieu d'examiner à ce point de vue, dans certains cas, les follicules amygdaliens et d'étudier aussi à cet égard les diverses adénites signalées dans la thèse de A. Siredey (4).

Il nous semble, en tout cas, résulter de cette étude que le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde présente actuellement trop de difficultés pour entrer dans la pratique médicale ordinaire, comme le demandent déjà plusieurs auteurs en Allemagne. Mais, dans certains cas douteux, alors que les phénomènes caractéristiques feront défaut trop longtemps ou se trouveront masqués par le fait d'une complication à symptômes prédominants, on pourra parfois éclairer le diagnostic à l'aide de la ponction splénique, effectuée avec les soins antiseptiques indispensables et reconnue unanimement inoffensive dans ces circonstances. L'examen du sang périphérique ou des taches roséolées paraît réussir plus difficilement, d'après les rares tentatives publiées jusqu'à ce jour.

C'est surtout dans la pratique hospitalière, qui dispose des conditions techniques nécessaires, que l'examen et la culture du suc splénique et du sang peuvent être essayés avec fruit. Ces moyens pourraient rendre des services, non seulement pour l'établissement des statistiques de mortalité typhoïde, comme le demande Gutmann, mais peut-être aussi pour la solution de la question de contagiosité rappelée récemment encore par M. Debove (5), pour l'appréciation des diverses méthodes de traitement. Ils pourraient, en outre, contribuer à l'étude de ces états fébriles mal classés, tels que la fièvre gastrique et les fièvres éphémères, qui paraissent plus ou moins épidémiques ou coïncident souvent avec diverses épidémies, et pour lesquelles M. Kiener (6) semble revendiquer, du moins dans certains climats, quelque parenté avec la fièvre typhoïde.

Dr G. SCHLEMMER.

A propos de l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites.

Mon cher confrère,

L'*Union médicale* du 13 mars a publié un travail du docteur Petit relatif à l'introduction des dents dans les voies aériennes.

Cet accident si grave n'est malheureusement pas très rare, et outre les faits rapportés par M. le docteur Petit, nous en connaissons plusieurs autres. C'est principalement quand on est contraint de recourir à l'anesthésie chloroformique, pour extraire plusieurs dents ou racines cariées, que cet accident est à craindre.

---

(1) Thèse de Paris, 1882.
(2) *Semaine médicale*, 1885, n° 36.
(3) *Deutsche med. Zeit.*, 1885, n° 90.
(4) Thèse de Paris, 1882.
(5) *Union médicale*, 1886, n° 37.
(6) *Union médicale*, 1885, nos 52 et 66.

Nous en avons toujours été préoccupé, et nous avons recherché par quels moyens on pourrait l'éviter. Sans doute, quand une extraction dentaire est pratiquée au moyen d'un davier, il y a peu de chance pour que l'organe saisi échappe pendant l'avulsion, mais lorsqu'il faut employer soit la clef, soit les diverses formes de leviers, la dent, ou encore mieux la racine, peut facilement être projetée dans l'arrière-gorge.

Mais telle n'est pas la seule cause de l'accident, car dans les opérations faites sans anesthésie, dans un fauteuil, sur un sujet placé verticalement, le danger est bien moins grand. L'anesthésie chloroformique, impliquant le décubitus horizontal, y expose bien davantage. Ajoutons que l'insensibilité du patient le rend incapable de rejeter un corps étranger qui s'est fourvoyé dans la glotte. C'est pour ces raisons que nous nous sommes posé bien des fois les questions suivantes :

1° Peut-on, chez un sujet anesthésié par le *chloroforme*, rétablir la position verticale pendant l'extraction et permettre ainsi de bien éclairer le champ opératoire ?

2° Pendant combien de temps peut-on, sans danger, maintenir cette attitude de l'opéré ?

La crainte d'une syncope nous a toujours empêché d'agir autrement que dans le décubitus horizontal, malgré la grande difficulté que présentent ainsi les opérations faites dans la bouche.

Nous serions très reconnaissant, mon cher confrère, à ceux de vos lecteurs qui voudraient bien nous donner leur avis à cet égard et nous faire profiter de l'expérience qu'ils ont acquise, au point de vue qui nous préoccupe, dans la pratique de l'anesthésie.

Agréez, etc.

Dr DE MADEC.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ÉGALITÉ DES RACES HUMAINES (*Anthropologie positive*), par M. A. FIRMIN. Paris, 1886. Pichon.

Il fallait posséder un réel courage, d'ardentes convictions et la passion sincère de l'humanité pour concevoir, méditer et publier un tel ouvrage. M. Firmin a ces vertus dans l'âme et sait les faire passer dans sa plume.

La thèse qu'il adopte et qu'il développe n'est certainement pas toute neuve; elle se lie aux interminables débats des anthropologistes monogénistes avec les anthropologistes polygénistes, aux controverses sur l'unité et la pluralité des races humaines et à la question très spéculative des mérites relatifs de ces diverses races.

M. Firmin appartient anatomiquement à la race noire et, par conséquent, plaide dans sa propre cause. De plus, il plaide fort habilement, fort chaleureusement et, j'ajouterai même, un peu verbeusement, ce qui n'est pas étonnant puisqu'il est avocat. Et puis, à côté des arguments qu'il fait valoir à l'appui de cette thèse, il apporte une autre démonstration plus décisive que les citations des auteurs ou les récits de l'histoire : la démonstration par l'exemple. Ce vivant exemple est fourni par sa propre personnalité.

Il appartient, en effet, par son éducation et son érudition, à cette fraction déjà nombreuse de la race noire qui s'élève de plus en plus, et de génération en génération, aux qualités et aussi, il faut bien l'avouer, aux défauts des races plus anciennement civilisées.

D'ailleurs, quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il existe des faits incontestables contre les conclusions trop rigoureuses des anthropologistes disposés à mettre toute la science qu'ils cultivent dans la constatation anatomique. Est-ce la mesure de l'angle facial qui servirait de critérium à un jugement définitif? M. Topinard l'a trouvé plus grand chez les Nègres que chez les Bretons. Doit-on le chercher dans la pesée du cerveau? Le cerveau de certains Nègres et de certains Hottentots surpasse en poids celui des Européens. La couleur des cheveux ou la pigmentation cutanée ne sont-elles pas la conséquence d'influences du milieu extérieur qui, sous forme de variétés, se sont perpétuées jusqu'à nos jours? M. Firmin tire habilement partie de ces faits pour démontrer que,

sur le terrain anatomique, l'affirmation de l'inégalité des races humaines serait une erreur d'observation.

Ce serait aussi une erreur contre la raison de fonder cette inégalité sur des différences dans les aptitudes individuelles ou le degré de civilisation. Pour le prouver, M. Firmin énumère les nombreux Haïtiens, ses compatriotes, qui, à l'heure actuelle, tiennent dignement leur place dans la jurisprudence, les belles-lettres, la médecine et l'économie politique. La plupart d'entre eux ont étudié dans les Ecoles ou les Facultés européennes, et surtout dans celles de notre pays, dont l'hospitalité leur a toujours été chère. Ils s'intéressent aux enseignements de nos maîtres, et subissent avec succès, assez souvent même avec éclat, nos épreuves universitaires. Il restait à savoir s'ils possèdent les mêmes aptitudes pour les travaux de recherche; en un mot, s'ils ajoutent au même degré l'intelligence d'invention à l'instinct de l'imitation. Le livre de M. Firmin donne réponse à ce doute si souvent formulé; au premier chef, il possède les caractères d'une œuvre originale.

On ne saurait donc ni trop louer, ni trop encourager de tels ouvrages. Ils honorent leur auteur, font aimer sa patrie et intéressent l'humanité tout entière. C'est qu'après tout, les nations policées doivent à ces peuples moins avancés dans la civilisation d'autres bienfaits que l'alcool, la variole et la tuberculose; elles leur doivent, comme Broca l'écrivait naguère, l'éducation sous toutes ses formes, qui permet seule d'améliorer la race et de lutter contre les sommaires procédés de la sélection naturelle! — Ch. Eloy.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Depuis quelques jours on parle de nouveau du choléra breton. Les cas assez nombreux que l'on signale ont été observés dans les villages de Concarneau, du Guesnon à 6 kilomètres de Brest et de Tréboul auprès de Douarnenez.

Il y aurait été importé par des pêcheurs venant du Guilvinec et d'Audierne, où le choléra a sévi durant l'automne dernier. Ces localités sont, dans la saison actuelle, le rendez-vous des pêcheurs bretons, et, par conséquent, encombrées par une nombreuse population flottante.

Sur l'avis du pouvoir central, les municipalités de ces villages avaient cependant pris des mesures prophylactiques et préparé des baraquements pour recevoir les pêcheurs étrangers aux pays. Ceux-ci, pour la plupart, ont néanmoins préféré les maisons insalubres des habitants aux baraquements officiels. De là un encombrement et des conditions d'insalubrité favorables à la revivification des germes de la maladie qui paraissait éteinte depuis l'automne dernier.

Du 23 au 26 mars, les pêcheurs venant d'Audierne débarquèrent à Tréboul; ils étaient en incubation de choléra, de sorte qu'au 1er avril l'épidémie avait atteint 30 personnes du Tréboul, dont 10 gravement. D'autres cas et des décès ont été signalés en même temps à Concarneau et au Guesnon. A l'heure actuelle, il existe un foyer cholérique en activité sur le littoral breton et, ce qui mérite surtout l'attention, à proximité du port de Brest.

Ce foyer n'est pas seul en Europe. Le choléra fait toujours des victimes en Espagne, dans le pays de Biscaye et en Italie aux environs de Padoue et de Rovigo, dans les provinces d'Istrie et de Vénétie. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation de malades : ostéites multiples, amputations successives, guérison. — Tumeur kystique de l'orbite. — Nécrologie.

M. Nicaise présente un malade qui offre un exemple remarquable d'ostéites multiples

des plus graves, terminées par la guérison à la suite de plusieurs amputations successives.

Le sujet de cette observation très intéressante est un jeune homme de 25 ans, sans antécédents héréditaires, ayant joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 13 ans.

A 15 ans se manifeste un premier abcès au cou, abcès superficiel d'ailleurs.

A 16 ans, ostéite du *maxillaire inférieur* à répétition, abcès, fistules; puis ostéite et ostéo-arthrite du *gros orteil gauche*, fistules.

A 17 ans, ostéo-arthrite du *tarse* et de l'articulation *tibio-tarsienne* du côté droit.

A 19 ans, ostéo-arthrites suppurées du *poignet* et des *doigts* de la main droite.

Pendant les années 1881 et 1882, la santé devient relativement bonne, et le malade peut travailler.

En 1883, il est forcé d'entrer à Lariboisière, où il reste en traitement pendant la plus grande partie de l'année.

Au mois de novembre 1883, il est dirigé, comme chronique, sur l'hôpital Laënnec.

A ce moment, il se trouvait dans l'état le plus déplorable, presque mourant. Toutes les lésions osseuses étaient en pleine suppuration, et cette suppuration, extrêmement abondante, affaiblissait de plus en plus le malade. Il n'existait pas de lésion viscérale.

M. Nicaise soigne ce malheureux, en cherchant d'abord à modifier son état général par les toniques et les reconstituants; il pratique ensuite l'ouverture de plusieurs abcès, couvre toutes les plaies suppurantes de pansements antiseptiques.

Après un temps d'hésitation, il se décide à faire l'amputation de la jambe droite dont les lésions osseuses étaient les plus graves et fournissaient une suppuration intarissable. Cette opération est pratiquée le 7 mai 1884.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses; à partir de ce moment se dessina une amélioration à marche régulièrement progressive.

Le 14 janvier 1886, les lésions osseuses du poignet et des doigts de la main droite ne se cicatrisant pas, on pratique l'amputation de l'avant-bras, à la suite de laquelle toutes les plaies se sont cicatrisées, et le malade a recouvré sa santé complète; il n'existe encore aujourd'hui aucun indice de lésions viscérales.

M. Nicaise a voulu montrer, par cet exemple, ce que peut la thérapeutique chirurgicale dans des cas en apparence désespérés.

Il s'agit ici d'un type de tuberculose, caractérisé par des manifestations tuberculeuses osseuses et articulaires successives, à marche lente, se montrant pendant la période du développement des os, ne s'accompagnant pas de lésions viscérales.

C'est une variété de tuberculose dont il faut savoir tenir compte. Est-ce la même tuberculose que la tuberculose viscérale et pulmonaire? Quelles sont les conditions de développement de l'une et de l'autre? Ce sont là des points que l'observation clinique n'a point encore élucidés.

Chez le malade présenté par M. Nicaise, il n'existait pas d'antécédents héréditaires et sa profession de boucher ne le prédisposait pas à la maladie.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, on peut dire que cette variété de tuberculose est favorable, à la condition de soigner d'abord l'état général et d'opérer successivement, non simultanément, les différentes lésions.

M. Nicaise a eu l'occasion de soigner, dans son service de l'hôpital Laënnec, de nombreux malades de ce genre, atteints de tuberculoses osseuses ou ganglionnaires, mais non viscérales; il a pu les suivre pendant des années et constater la persistance des heureux résultats de l'intervention opératoire.

M. Reclus a observé, à Bicêtre, un homme de 56 ans qui avait eu des hémoptysies dans sa jeunesse et qui présentait des manifestations très nombreuses de tuberculose osseuse. Il avait dû subir successivement l'amputation de l'un des métatarsiens, l'amputation médio-tarsienne, l'amputation de la jambe du même côté; l'amputation partielle de la main, de l'avant-bras et du bras. Il avait eu une série interminable d'abcès froids et avait dû subir de nombreuses ouvertures de ces abcès avec grattages, curages, injections iodées, etc., etc.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'observation de ce malade, c'est qu'ayant eu,

vers l'âge de 16 ans, des hémoptysies répétées, il ne présentait, à l'âge de 56 ans, aucune aggravation des symptômes pulmonaires ; il y avait, au contraire, de ce côté une amélioration réelle.

Lorsque M. Reclus quitta son service de Bicêtre, cet homme se portait aussi bien que possible et paraissait avoir encore devant lui de nombreuses années d'existence.

— M. Léon Le Fort met sous les yeux de ses collègues un enfant âgé de treize ans et demi chez lequel a commencé à se manifester, il y a quatre ans et demi, une légère saillie de l'œil, laquelle a augmenté peu à peu et s'est accompagnée, il y a dix-huit mois, d'un déjetement du globe oculaire en bas.

Il y a trois semaines, il se fit par le nez une issue de pus et de sérosité et la paupière commença à rougir.

On peut constater aujourd'hui une saillie à la partie interne du frontal, avec douleur à la pression, sans battements, sauf de légères pulsations sur la partie interne intra-orbitaire.

A la suite d'une exploration d'ailleurs très ménagée, le jeune malade a éprouvé du malaise et des douleurs pendant toute la journée accompagnées de somnolence.

M. Le Fort demande l'avis de ses collègues sur la nature de cette tumeur qu'il serait disposé, pour sa part, à considérer comme une tumeur nasale.

M. Trélat pense qu'il s'agit d'un abcès froid. On sait, ajoute-t-il, la longue durée que de tels abcès présentent parfois. Il en a, pour sa part, observé un qui datait de sept ans et qui a parfaitement guéri.

M. Verneuil est d'avis que l'on est ici en présence d'une collection purulente, d'un kyste dans lequel s'est développée une inflammation arrivée à la phase de suppuration.

M. Marc Sée estime, d'après l'écoulement qui a eu lieu par le nez, il y a trois semaines, que la tumeur est due à un abcès ayant son point de départ dans une lésions osseuse.

M. le président Horteloup se lève et dit qu'il a le regret d'annoncer à la Société de chirurgie une fâcheuse nouvelle, celle de la mort de M. Gillette, enlevé en trois jours par des accidents de péritonite. M. Gillette qui faisait partie de la Société de chirurgie depuis 1876, exerçait encore au commencement de cette année les fonctions de secrétaire.

En conséquence, M. le président croit être l'interprète des sentiments de ses collègues en levant la séance en signe de deuil.

— La séance est levée à quatre heures et demie. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat pendant le mois de mars 1886.

Mardi 2 mars. — M. Mignot : Des sueurs chez les phthisiques et de leur traitement par l'ergot de seigle. (Président, M. Cornil.) — M. Lavergne : Contribution à l'étude des malformations du cœur (communication inter-ventriculaire). (Président, M. Cornil.)

Mercredi 3. — M. Bastard : Des modifications imprimées à certains souffles intracardiaques par les variations respiratoires. (Président, M. Potain.) — M. Fauconnier : De la fièvre et des métrorrhagies dans les accouchements syphilitiques. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 4. — M. Boisleux : Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la présentation de la face ; statistique de la clinique d'accouchement 1852-1886. (Président, M. Pajot.) — M. Babilée : Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme et plus particulièrement de l'anesthésie alcoolique. (Président, M. Ball.)

Vendredi 5. — M. Hitier : Amblyopie liée à l'hémianesthésie. (Président, M. Charcot.) — M. Benoît : Etude sur l'hématurie dans la rétention d'urine. (Président, M. Guyon.)

Du samedi 6 au lundi 15 mars. — Pas de thèses.

Mardi 16. — M. Assaki : De la suture des nerfs à distance. (Président, M. Duplay.) — M. Davilée : Pleurésie et périsplénite dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Proust.)

Mercredi 17. — Pas de thèses.

Jeudi 18. — M. Feuilletaud : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche. (Président, M. Richet.) — M. Deriencourt : Contribution à l'étude des phlegmons profonds de la paroi antérieure de l'abdomen. (Président, M. Richet.)

Vendredi 19. — M. Lougnon : Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite de croissance et entretenues par elle. (Président, M. Trélat.) — M. Brossard : Etude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant par les membres inférieurs. (Président, M. Guyon.)

Samedi 20. — M. Bettencourt : Contribution à l'étude des réflexes chez les paralytiques généraux. (Président, M. Ball.) — M. Le Gendre : Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. Valeur sémiologique des nodosités de Bouchard. (Président, M. Bouchard.)

Du lundi 22 au jeudi 25. — Pas de thèses.

Vendredi 26. — M. Uribe : Des différentes formes de dyspnées chez les brightiques. (Président, M. Potain.) — M. Gaudichier : De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis. (Président, M. Fournier.)

Du samedi 27 au mercredi 31 mars. — Pas de thèses.

COURRIER

Par décret en date du 26 mars 1886 M. Pauchon, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de botanique à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places de médecin, au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 10 mai 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 21 du même mois, à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons annoncé la mort de Gaston Crespin, interne de quatrième année, mort tout récemment à Lariboisière. M. le professeur Tarnier a rendu hommage à cette nouvelle victime du devoir professionnel, en prononçant sur sa tombe les paroles émues que nous reproduisons :

« Messieurs,

« Gaston-Marie Crespin avait à peine 28 ans, et nous voici réunis autour de son cercueil dont la vue fait naître en nous tous un bien douloureux étonnement. Quelle mort inattendue, que d'espérances brusquement anéanties !

« Né à Châteauroux, il était venu à Paris pour étudier la médecine. Une vie de labeur lui ouvrit les portes de l'internat dans les hôpitaux, et justement fier de ce titre, encouragé par ce premier succès, il eut le légitime espoir de se créer une large situation dans la carrière médicale dans laquelle il venait d'entrer. Bientôt il voulut se livrer spécialement à l'étude des accouchements, avec le projet bien arrêté de prendre part aux luttes de tous les concours relatifs à l'obstétrique, et, pour s'y préparer, il lui sembla qu'une année passée à la Maternité lui serait profitable. C'est ainsi qu'il devint mon interne en 1885.

« J'ai donc pu apprécier toutes ses qualités : sa jeunesse, une nature vigoureuse et élégante, une vive intelligence, une grande douceur qui se manifestait ouvertement dans son regard et dans sa voix, un abord franc et loyal, tout, en lui, attirait la sympathie. Plein de bonté pour les malades et de déférence pour ses maîtres, toujours prêt à répondre, jour et nuit, au premier appel qui lui était fait, s'acquittant de son service avec un zèle irréprochable, il était aimé de tout le monde. Comment n'aurais-je pas eu pour lui de l'estime et de l'amitié ? Je le considérais comme l'un de mes meilleurs

élèves, comme un homme d'avenir, et j'aurais été heureux de lui servir d'appui dans la vie qui semblait s'ouvrir devant lui avec toutes les promesses d'une réussite assurée.

« Mais avant tout il avait la noble ambition de devoir ses succès à son travail et de pouvoir dire un jour qu'il était le fils de ses œuvres. En 1883, il avait rédigé et fait paraître dans l'*Union médicale* les leçons cliniques de M. Legrand du Saulle sur le *délire des persécutions*. En 1884, il avait publié dans les *Archives de neurologie*, avec la collaboration du docteur Ballet, un mémoire intitulé : *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle*. Il y a quelques semaines il faisait encore insérer dans le *Bulletin de la Société anatomique* une note intéressante sur l'accouchement d'une femme dont l'utérus est bicorne. Pendant son internat à la Maternité, il avait recueilli de nombreuses observations qu'il devait utiliser un peu plus tard..... Son zèle n'avait pas fléchi, mais ses forces le trahirent; il se fatigua, et c'est dans ces mauvaises conditions de santé et de résistance qu'il fut atteint d'une pleuro-pneumonie, que les soins les plus éclairés et les plus dévoués ne parvinrent pas à arrêter dans sa marche rapide. Il ne se fit d'ailleurs pas d'illusion; il se sentit frappé à mort. Après avoir fait ses dernières recommandations et ses adieux à ses amis, il succomba en brave, ici, à l'hôpital même, sur son champ de bataille. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Bienfaiteurs de l'Association : M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

De MM. Cazeneuve (de Lille)..... 500 francs.
Hugot (de Laon)..... 200

TRIBULATIONS D'UN MÉDECIN A PROPOS D'UNE QUESTION DE MÉDECINE LÉGALE. — Le 17 juin 1883, un ouvrier charpentier de 18 ans vint avec sa mère consulter le docteur Velleman sur une petite tumeur qui s'était montrée subitement en voulant soulever une lourde poutre. Le docteur Velleman constata une hernie, et adressa le malade à un bandagiste qui vit aussi la hernie et plaça un appareil.

Quatre jours après, la mère revint et demanda un certificat constatant la lésion dont son fils était atteint; le docteur délivra ce certificat moyennant la somme de *deux francs*.

Malade et certificat étaient oubliés, lorsque, le 7 août, le docteur Velleman reçut une assignation du juge d'instruction; le jeune charpentier était un milicien qui avait produit son certificat pour être exempté du service; il avait été examiné par *deux médecins du Conseil de milice* et *deux médecins légistes;* tous quatre avaient déclaré que le *certificat était faux*.

Voilà les faits, bien simples et bien naturels, car la hernie était rentrée et ne sortait plus au moment où les légistes avaient examiné le milicien. Mais le docteur Velleman fut poursuivi, et il devait s'entendre condamner à un emprisonnement de deux à cinq ans, etc. Ce ne fut qu'après deux ans de tribulations de toutes sortes, qu'il raconte dans un opuscule, que le malheureux docteur fut acquitté.

On peut tirer de cette malheureuse affaire une conclusion : c'est que les médecins légistes ne devraient point émettre de jugement à la légère, jugement qui peut arriver à faire condamner un innocent; cela se voit quelquefois, paraît-il. D'un autre côté, les médecins de la milice doivent examiner sérieusement les cas qui leur sont soumis, et à cette occasion je veux rappeler un fait qui s'est passé *en France* il y a deux ans environ et qui a beaucoup de rapport avec le précédent : il ne manque que la poursuite pour faux. Un chirurgien distingué de Paris soignait un jeune homme pour une orchite tuberculeuse très nette : il y avait des points ramollis, etc., etc. Le jeune homme, *non réformé*, est appelé à faire son service militaire à R... Le médecin traitant délivre un certificat au futur *cavalier;* celui-ci le remet au médecin militaire qui s'écrie : « Quel est l'imbécile qui vous a donné cela? » Mieux vaut encore avoir été jugé par un médecin militaire que par la cour d'assises. (*Revue internationale des sciences médicales.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Proust : Importance et progrès de l'hygiène publique et internationale. — II. R. Longuet : Le traitement de l'ictère catarrhal par la méthode de Krull. — III. Revue des Journaux : El Kellah : ses propriétés. — Des effets du nitrite d'amyle sur la pression sanguine. — Des propriétés désinfectantes du chlorure d'étain. — IV. Sociétés médicales des départements : Société de médecine d'Angers (2e sem. 1885). — V. Thérapeutique : A propos du régime dans la convalescence. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Thèses de doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Montpellier (1884-1885). — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Importance et progrès de l'hygiène publique et internationale,

Par M. le professeur Proust.

(*Analyse de la leçon d'ouverture.*)

On peut dire que la première leçon de M. le professeur Proust était attendue depuis plusieurs années; l'opinion du monde médical, basée sur la valeur de son *Traité d'hygiène* devenu classique presque aussitôt après sa publication, sur les missions que le gouvernement lui avait confiées, sur les hautes fonctions qu'il occupait dans les Conseils d'hygiène et le service sanitaire, l'avait depuis longtemps désigné aux suffrages de la Faculté.

M. Proust a commencé par rendre hommage à son vénéré prédécesseur, M. le professeur Bouchardat, qui, dans son *Traité d'hygiène basé sur l'étiologie*, a su montrer comment le plus solide fondement de l'hygiène est la connaissance parfaite des causes des maladies. Il a ensuite fait une heureuse allusion, soulignée aussitôt par les applaudissements, à M. Pasteur, dont les glorieuses découvertes n'ont pas eu moins d'influence sur l'hygiène que sur les autres branches de notre art; à notre époque, a-t-il dit, ce ne sont pas toujours ceux qui ont été élevés dans nos écoles médicales qui rendent le plus de service à la médecine.

L'hygiène jouit aujourd'hui d'une extrême faveur; le temps n'est plus où, reléguée parmi les sciences accessoires, elle était enseignée par le professeur de physique, elle s'affirme de plus en plus comme une science d'avant-garde, une science maîtresse, assurée désormais contre les retours de la frivolité du lendemain. Elle doit cette faveur aux services incontestables qu'elle a rendus dans ce siècle.

Pour se convaincre de l'importance de ces services, il suffit de se rappeler que la durée moyenne de la vie humaine, qui était de 29 ans avant la Révolution française, oscille aujourd'hui entre 37 et 40 ans. A quoi est dû cet accroissement de la longévité, sinon à l'amélioration apportée aux conditions matérielles de l'existence dans les classes inférieures de la société par les progrès de l'hygiène, par la sollicitude croissante des médecins et de ceux qui ont charge de la santé publique pour l'intérêt du plus grand nombre?

Nous sommes donc loin du dédain que les grands seigneurs de l'ancienne société française avaient pour le bien-être de leurs vassaux, au risque d'être atteints eux-mêmes de temps à autre par quelque émanation pestilentielle montant jusqu'à eux de ce fumier humain, ainsi que cela est arrivé pour Louis XV mourant de la petite vérole contractée, dans les conditions que l'on sait, près de la fille d'un de ses jardiniers.

Aujourd'hui, tout le monde admet qu'il existe, au point de vue de la prophylaxie contre les maladies, une étroite solidarité entre les gouverne-

ments d'un même continent, entre tous les citoyens d'un même pays, comme entre les habitants d'une même maison. On a compris enfin que, si un citoyen manque aux lois de l'hygiène, il devient un danger public. Les récentes épidémies de choléra, dont les ravages ont été proportionnels, en tout pays, au mépris de ses habitants pour l'hygiène, sont des exemples de nature à dessiller les yeux des plus aveuglés. Le public reconnaît l'urgence d'un assainissement de plus en plus parfait des cités suivant des programmes que les médecins seuls peuvent tracer.

Les services rendus par l'hygiène sont encore attestés par la décroissance énorme du taux de la mortalité des enfants du premier âge de 30 à 6 p. 100 dans les départements qui, comme le Calvados, ont éprouvé tous les bénéfices de la loi Roussel.

Faut-il rappeler les progrès que la chirurgie a réalisés grâce à cette prophylaxie basée sur les découvertes des Tyndall et des Pasteur, qui consiste à protéger les blessés contre les influences nocives des germes de l'air par des procédés de plus en plus perfectionnés, depuis le pansement ouaté de A. Guérin jusqu'aux pansements antiseptiques de Lister?

Qui méconnaîtrait la révolution apportée dans l'obstétrique par les applications rigoureuses de la prophylaxie moderne? Le mémorable rapport de Tenon nous apprend qu'à la fin du siècle dernier se trouvaient à l'Hôtel-Dieu de Paris des lits contenant jusqu'à 4 femmes, l'une enceinte, l'autre en travail, une troisième récemment accouchée, la dernière atteinte de fièvre puerpérale. Telle était la mortalité dans un pareil milieu que les malades quittaient Paris pour aller se faire soigner dans les hôpitaux de province. La Maternité, que fit construire la Convention sur les hauteurs du faubourg Saint-Jacques, ne fut pas longtemps sans être infectée au point que la mortalité des femmes en couches y était 17 fois plus considérable que dans le quartier environnant. M. Tarnier arrive, prend des mesures d'isolement rigoureuses et fait tomber la mortalité de 10 à 3 p. 100; il applique plus tard les précautions antiseptiques, la mortalité n'est plus que de 1 p. 100.

N'est-ce pas l'hygiène qui a vaincu le scorbut, épouvantail des marins? Ce fléau était apparu pour la première fois en Europe au moment du grand mouvement maritime qui signale les XVe, XVIe et XVIIe siècles. On le voit décimer les équipages de Vasco de Gama, cherchant à doubler ce cap des Tempêtes qui n'était pas encore devenu celui de Bonne-Espérance. Que de ravages n'a-t-il pas faits dans la marine française depuis cette époque jusqu'à la dernière expédition de Crimée? Et cependant le capitaine Cook avait pu accomplir trois fois, sans perdre de cette maladie un seul de ses marins, le tour du monde que Jules Verne n'avait pas encore montré pouvoir être fait en 80 jours. Pourquoi cette immunité des marins anglais? C'est qu'à partir de l'année 1734, où un observateur sagace avait montré la véritable cause du scorbut, la privation des végétaux, tous les capitaines anglais s'étaient vus obligés, par des règlements sévères, d'emporter une provision de jus de citron proportionnelle au nombre des hommes de leur bord.

Aussi est-ce en Angleterre qu'a pris naissance le mouvement moderne en faveur des études hygiéniques. La nomination de commissions parlementaires chargées au commencement du siècle de faire des rapports sur les conditions sanitaires des classes laborieuses et sur les causes d'insalubrité des grandes villes fut le point de départ d'une agitation salutaire,

qui, à grands renforts de meetings et de toasts, aboutit, chez nos voisins, à la confection de cette loi sanitaire que nous sommes encore à leur envier.

En France, l'étude de ces questions date du Congrès de 1845 ; ce fut l'honneur du gouvernement du général Cavaignac de s'en être occupé avec sollicitude ; il faut encore citer avec respect les lumineux rapports de Royer Collard. Mais tout cela n'aboutit qu'à des projets caducs et à une réglementation insuffisante de l'hygiène publique.

Aujourd'hui encore, dans une des plus florissantes de nos cités françaises, M. Proust a pu voir avec MM. Brouardel et Charrin les résultats immondes d'une malpropreté systématique, qui, fidèle reflet dans la colonie phocéenne d'habitudes chères de tout temps à l'Orient et au Midi, permet de juger ce que pouvaient être, au point de vue du respect de l'hygiène, ces cités antiques dont nous évoquons sans cesse la brillante civilisation.

C'est de Fauvel que date la prophylaxie sanitaire internationale ; il croyait à la nécessité des lazarets, de ces lazarets dont on a tant médit et qui pourtant ont rendu d'incontestables services. Ils n'empêchèrent pas sans doute Venise d'être visitée 63 fois par la peste ; ils lui furent pourtant utiles, comme à Gênes, comme à Marseille ; on a beaucoup parlé du despotisme de la Santé de Marseille, c'est grâce à elle cependant que 9 fois la peste s'éteignit au lazaret. Pour se faire une idée du bienfait des mesures sanitaires les plus draconiennes, il faut se rappeler que la peste noire enleva, en trois ans, 25 millions d'individus en Europe. Cette maladie n'a plus visité depuis longtemps l'Occident ; en 1874, une épidémie a sévi dans la Cyrénaïque ; en 1878, elle a régné près d'Astrakan, où le général Loris Melikoff la contraignit de s'éteindre en faisant cerner le foyer contaminé par des Cosaques, qui avaient ordre de tirer sur quiconque entrerait ou sortirait.

M. Proust rappelle ensuite l'histoire des épidémies de la fièvre jaune, qui, née dans le golfe du Mexique et importée en Europe au XVIIIe siècle, sévit cruellement à Barcelone en 1821. C est à cette occasion qu'a été promulguée en France la loi sanitaire de 1822 sous laquelle nous vivons encore. La fièvre jaune parut encore à Saint-Nazaire, où on put constater la transmission directe de l'homme à l'homme ; en 1880, sur 6 malades, 3 moururent, 3 guérirent au lazaret.

M. Proust retrace les migrations du choléra 4 fois importé en Europe, deux fois par terre et deux fois par mer, et dont l'invasion a toujours été le résultat d'une violation des règlements de l'hygiène internationale.

Le moyen âge s'était montré d'une sévérité extrême dans la prophylaxie des maladies reconnues contagieuses. Qu'on se rappelle l'ordonnance du Parlement enjoignant aux vérolés de quitter la ville. C'est grâce à des mesures rigoureuses, barbares même, que la lèpre jadis répandue sur tout l'Occident n'y existe plus qu'à l'état de rareté.

Par réaction, sans doute, la première partie de ce siècle n'a témoigné que de l'indifférence à l'égard de la prophylaxie internationale.

La conférence internationale de Constantinople a marqué l'avènement d'une troisième période, qu'on peut appeler scientifique, dans laquelle on s'est préoccupé tout d'abord d'établir des postes sanitaires et des lazarets sur les points par lesquels nous sont toujours arrivées les maladies pestilentielles de l'Orient.

Enfin, la période toute contemporaine a pour caractéristique la préoccupation de la désinfection, mesure complémentaire indispensable de

l'isolement, sans laquelle celui-ci peut-être insuffisant. M. Proust se rappelle que lui-même a proposé de substituer aux quarantaines à l'arrivée, les mesures d'assainissement aux points de départ et pendant les traversées, mesures exécutées sous les ordres et le contrôle de médecins nommés par le gouvernement et révocables par lui, mesures qui sont nécessairement efficaces contre des maladies comme le choléra et la fièvre jaune, pour lesquelles la durée de l'incubation est moindre que celle de la traversée.

M. Proust a terminé cette leçon, si pleine d'érudition historique et dont nous n'avons pu retracer que les lignes principales, en caractérisant la situation actuelle où la recherche des causes est la préoccupation légitime et prédominante des hygiénistes comme des médecins. L'hygiène n'est pas seulement, comme le voulait Cl. Bernard, la physiologie appliquée ; c'est aussi l'application de toutes les branches de la médecine et surtout de la bactériologie, la dernière en date, mais dont l'importance grandit de jour en jour, à la protection de plus en plus efficace des individus et des sociétés contre les causes de destruction qui les menacent dans la lutte pour la vie à la surface du globe. — P. L. G.

Le traitement de l'ictère catarrhal par la méthode de Krull.

En 1877, le docteur Ed. Krull (de Güstrow), fit connaître une thérapeutique qui joignait une extrême simplicité à une réelle efficacité dans le traitement de l'ictère catarrhal (1).

Krull employait uniquement des lavements d'eau froide, dans les conditions suivantes : un premier lavement, de 1 à 2 litres, à une température de 12° R. (15° c.), poussé lentement et gardé le plus longtemps possible ; les jours suivants, un lavement chaque matin d'une température graduellement plus élevée jusqu'à ce qu'on ait atteint, 18° R. (22° c.) qui n'est pas dépassé. La guérison était généralement obtenue le quatrième jour ; exceptionnellement, il a fallu atteindre sept lavements ; on n'a pas été au delà.

Krull avait eu à traiter 11 cas, quelques uns récents, d'autres plus anciens, l'un d'eux ayant jusqu'à un an et demi de durée ; tous avaient cédé avec la même facilité, après avoir, pour certains, résisté aux traitements les plus variés, à l'eau de Carlsbad, en particulier, qui est, en Allemagne, l'ultima ratio de la thérapeutique de l'ictère. L'auteur faisait immédiatement cesser tout médicament et, comme diète alimentaire, s'en rapportait à une alimentation végétale et aux habitudes de la cuisine locale.

La plupart de ces malades éprouvaient un sentiment de compression du creux épigastrique, des douleurs de l'hypochondre droit, se plaignaient de malaise, d'une grande faiblesse, de céphalée. A la palpation on trouvait le lobe gauche du foie très développé, au bord dur, tranchant, douloureux à la pression, la vésicule biliaire n'était pas perçue. Un de ces malades se plaignait de démangeaisons ; dix accusaient une constipation opiniâtre, un seul avait de la diarrhée. Chez sept d'entre eux, le malaise général avait précédé de quelques jours l'apparition de l'ictère, survenu dans le cours d'une santé parfaite chez les autres.

Le premier effet des lavements froids consistait dans la disparition de la barre épigastrique, que suivaient immédiatement la cessation de la céphalée, de toute impression de malaise, le retour de l'appétit. Dans la moitié des cas, après deux lavements, les fœces reprenaient leur coloration normale, les cas les plus rebelles en demandaient trois ou quatre pour atteindre ce résultat. Une malade, traînant depuis un an et demi, écrivait à Krull qu'après trois jours de traitement, elle ressentait déjà une amélioration considérable, que sa langue s'était nettoyée et que son appétit s'était extraordinairement développé.

La rapidité avec laquelle la guérison s'obtient suggère à l'auteur que le catarrhe de

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1877, p. 139.

l'estomac doit plutôt être considéré comme un symptôme de la maladie que comme sa cause occasionnelle, ce qui est vraisemblable pour d'autres raisons; l'idée qui a guidé ses essais si fructueux, c'est que la présence dans le tube digestif d'une quantité d'eau suffisante devait réveiller les mouvements péristaltiques de l'intestin et modifier les conditions de la circulation hépatique.

Le travail de Krull n'a pas trouvé beaucoup d'écho, et sa méthode ne paraît pas avoir rencontré plus d'imitateurs dans son pays qu'à l'étranger. C'est tout récemment que Hugo Lœwenthal, s'appuyant sur un assez grand nombre d'observations recueillies à la polyclinique de J. Meyer, à Berlin, a remis la question à l'ordre du jour; les faits qu'il produit, absolument confirmatifs, dans l'ensemble et dans les détails, de ceux de Krull, sont tellement probants qu'ils méritent d'être signalés à nos confrères et recommandés tout spécialement à leur pratique (1).

Celui-ci donne le premier lavement à 12 ou 13°; le deuxième à 15 ou 16°; le troisième à 18°; il va jusqu'à 24° (2); pour les enfants, un litre seulement; pour les adultes, de un à deux litres.

Deux remèdes sont quelquefois suffisants; quatre sont généralements nécessaires. Après le premier survient toujours une selle, quelquefois de la diarrhée qui cesse au deuxième; dès le troisième, les matières, grises, argileuses commencent à se colorer; elles ont repris l'aspect normal au quatrième.

Les observations de Hugo Lœwenthal, portant sur 41 malades, concordent avec celles de Krull jusqu'à l'identité; l'appétit était revenu après le deuxième ou troisième lavement; la faiblesse et les malaises disparaissaient simultanément; l'ictère diminuait dès le premier jour, mais persistait encore à un léger degré après le retour des selles à la coloration normale. La xanthopsie, observée deux fois, a cessé le premier jour dans un cas, et dans l'autre, le deuxième. Le prurit, accusé par 7 malades, n'existait plus le troisième ou le quatrième jour, les deux derniers phénomènes ne se manifestaient pas d'ailleurs en rapport avec l'intensité de l'ictère. Enfin l'urine, depuis longtemps foncée en couleur, pâlissait dès le premier ou le deuxième jour, au point que les réactifs n'y pouvaient plus déceler trace de pigments biliaires.

Quant à la nature de cet ictère, Hugo Lœwenthal la rattache au catarrhe gastro-duodénal; on notait concurremment de l'inappétence, de la douleur épigastrique et hépatique, de la constipation, de la céphalée, une grande faiblesse, etc... Quelques cas étaient d'origine émotive.

Voilà certes une médication comme on voudrait pouvoir en recommander souvent, qui se signale par une simplicité parfaite, une innocuité évidente, une efficacité qui semble bien établie, et que chacun désirera soumettre au plus tôt au contrôle de sa propre expérience. — R. Longuet.

REVUE DES JOURNAUX

El Kellah : ses propriétés, par M. Moustapha. — Cette plante qui est l'*Ammi Visnaga* des botanistes, a fourni à M. Moustapha, un corps ternaire, la kelline, dont les propriétés se rapprochent de celles des poisons narcotiques par son administration aux animaux, la kelline provoque les vomissements, la paralysie du train postérieur, l'irrégularité des mouvements du cœur et le ralentissement de la respiration.

Les fruits de l'el kellah ont été employés dans un but thérapeutique. Dans la proportion de 6 à 8 p. 100, ils servent à préparer un gargarisme tonique et astringent utilisable dans les stomatites, la carie dentaire et les gingivites.

A la dose quotidienne de 150 grammes, la décoction des graines à été employée contre le rhumatisme. La pommade, obtenue par trituration des graines de kellah avec l'huile ou un corps gras, sert en frictions sur les articulations. Une décoction de

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1er mars 1886.
(2) Probablement Réaumur.

18 à 20 grammes de graines dans 160 grammes d'eau serait efficace dans la gravelle urique. Enfin, cette décoction est légèrement fébrifuge et les feuilles d'el kellah servent à la préparation de cataplasmes. (*Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Montpellier*, janvier 1886, p. 30.) — C. L. D.

Des effets du nitrite d'amyle sur la pression sanguine, par SCHNEINBURG. — Contrairement à l'opinion admise, cet observateur a constaté que, le nitrite d'amyle abaisse la pression sanguine. Il explique cette contradiction par ce fait que, pris en grandes quantités ou par doses successives et répétées, ce corps abaisse la pression sanguine, mais qu'à petites quantités il cause son élévation et les phénomènes de turgescence vasculaire qui accompagnent habituellement son administration thérapeutique. Par conséquent on doit l'éviter dans les cas où il faut redouter un brusque abaissement de pression. (*Centralbl. für med. Wiss.*, 2 janvier 1886.) — C. L. D.

Des propriétés désinfectantes du chlorure d'étain, par A. C. ABBOTT. — L'absence de toxicité de ce corps a été le motif pour lequel M. Abbott a étudié sa puissance comme désinfectant au laboratoire de biologie de John Hopkin. Le chlorure d'étain posséderait une puissance germicide équivalente à celle du chlorure de mercure. En solution à 1 p. 100, il tuait les bactéries de la putréfaction dans l'espace de deux heures, et en solution à 0,8 p. 100, désinfectait les matières organiques dans le même temps. En comparant ce sel avec le chlorure de zinc, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc et le sulfate de fer, le même observateur constate que, pour obtenir les mêmes effets, il faut employer la solution à 5 p. 100 du premier, la solution à 20 p. 100 du second, la solution à 40 p. 100 du troisième, et une solution à saturation du quatrième. *Medical news*. 9 janvier 1886. — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS PENDANT LE SECOND SEMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Parmi les communications nombreuses qui ont été faites à ce corps savant pendant ce semestre, l'une des plus importantes est la lecture de M. DEZANNEAU sur le *manuel opératoire dans l'extraction des fibromes intra-utérins*. Des accidents locaux ou généraux motivent seuls, d'après notre confrère, l'intervention chirurgicale; tels, par exemple, que les hémorrhagies graves, les écoulements sanieux, les douleurs aiguës, ou la stérilité permanente par une tumeur obstruant le col utérin. Quand l'état général le permet, la temporisation est d'autant mieux indiquée que la tumeur évolue de façon à devenir quotidiennement plus accessible; à descendre dans la cavité vaginale si elle est pédiculisée; à se pédiculiser si elle est sessile; ou bien, par l'amincissement des parois utérines, à pénétrer dans sa cavité si elle est interstitielle.

M. Dezanneau insiste sur le manuel opératoire dont les modifications doivent être en rapport avec les connexions de la tumeur et de l'utérus, et sur les précautions antiseptiques. Si le fibrome est pédiculé, on le saisira avec les pinces de Museux et on sectionnera le pédicule avec le serre-nœud. Quand il adhère sur une grande étendue, on doit l'abaisser et le séparer du tissu utérin avec l'ongle ou bien avec la curette à ongle. S'il est trop volumineux, on le morcèlera en tranches de melon, et, si on peut le saisir, on appliquera le forceps.

Le même chirurgien présentait aussi une observation d'*anévrysme de l'orbite* développé consécutivement à un traumatisme, et dont il obtint la guérison sinon complète, du moins partielle par la ligature de la carotide primitive et la compression élastique.

Le mémoire de M. RENOU (de Saumur) n'était pas moins intéressant. Notre confrère a été le premier à employer méthodiquement l'*aérothérapie antiseptique dans la diphthérie*, et le premier aussi en a obtenu des résultats satisfaisants. Son procédé consiste à mettre le malade dans une température de 22 à 25 degré centigrades, à saturer l'air de la chambre des vapeurs antiseptiques produites par l'évaporation de l'eau chargée de

1 gramme à 1 gramme 1/2 d'acide phénique par mètre cube d'air. Au moyen de ces pratiques, M. Renou espère modifier la partie malade, agir sur les fausses membranes et sur la plaie consécutive à la trachéotomie. M. Renou attribue, à cette pratique, les succès qu'il a obtenus dans cette dernière opération. Avant de l'employer, il perdait tous les opérés; mais, depuis son application, il compte 9 succès sur 14 cas.

M. Guichard a entretenu ses collègues des *positions occipito-postérieures et de leurs terminaisons* motivant ses conclusions par 21 cas dans lesquels le procédé de cet habile accoucheur a été heureusement employé. Ce procédé diffère du procédé de Loviot parce qu'il est entièrement instrumental. Il consiste à appliquer la première branche du forceps, homonyme à la position, et à la conduire dans la concavité du sacrum sur le côté correspondant à la tête. M. Guichard fait subir alors à la branche de l'instrument une rotation qui la place à l'envers, et, par un mouvement imprimé au manche, fait tourner la cuiller qui, à son tour, entraîne l'occiput dans la rotation en avant. A la fin comme au commencement de l'année, la Société de médecine d'Angers a donc offert le tableau d'une féconde activité scientifique, et le recueil de ses travaux en 1885 sera, comme les précédents, une mine de renseignements à consulter. — Ch. E.

THÉRAPEUTIQUE

A propos du régime dans la convalescence

Par le docteur A. Judet, ancien interne des hôpitaux.

Quand la maladie est jugulée, la convalescence nettement confirmée, la thérapeutique n'a plus guère qu'à s'effacer devant une hygiène bien entendue et un régime alimentaire sagement ménagé.

La dominante de la convalescence est la débilité qu'accusent nettement l'amaigrissement, la faiblesse musculaire, la pâleur des tissus, l'affaiblissement des fonctions nerveuses et l'atonie des organes digestifs.

Relever les forces, réparer l'appauvrissement de l'organisme, le tirer de l'état de déchéance, de misère physiologique où l'a conduit la maladie, tel est le but qu'on doit se proposer dans le traitement de toute convalescence, et dont une diététique bien entendue fera à elle seule tous les frais dans la grande majorité des cas. Mais, si c'est le régime alimentaire qui contribue le plus puissamment à parfaire une convalescence, c'est lui aussi qui réclame la plus active surveillance. Deux écueils à éviter : l'excès et l'insuffisance; une alimentation insuffisante conduira à l'inanition qui deviendra la source de nouveaux accidents; une nourriture prématurée trop abondante pourra provoquer des indigestions, et amener des rechutes, elle est dangereuse si elle est absorbée, elle le devient surtout si elle s'assimile mal et fatigue inutilement des organes encore souffrants. Dans la convalescence, en effet, l'estomac et l'intestin n'accomplissent leurs fonctions qu'avec une certaine lenteur, comme pour tous les autres muscles la contractilité musculaire du tube digestif est affaiblie, de plus les sécrétions qui concourent pour une si large part à l'acte de la digestion ne sont pas encore complètement rétablies. On comprend combien aisément, dans ces conditions, peut être provoquée l'indigestion, qui est le grand écueil contre lequel vient échouer la guérison attendue. Le problème consiste donc à nourrir, sans imposer à l'estomac la fatigue d'une digestion laborieuse qui s'accuse si facilement chez les convalescents par des pesanteurs pénibles, des éructations, etc.

En principe, manger peu et souvent. Dans le début, des potages, des œufs frais, des viandes blanches, certains poissons, puis se rapprocher peu à peu du régime ordinaire. Ne jamais perdre de vue, non plus, qu'il est essentiel de varier l'alimentation et surtout de choisir les aliments selon les goûts particuliers de l'estomac : « On supporte bien les aliments et les boissons auxquels on est accoutumé, même quand la qualité n'en est pas bonne naturellement, et l'on supporte mal les aliments et les boissons auxquels on n'est pas habitué, même quand la qualité n'en est pas mauvaise (Hippo-

crate) ». « L'appétence et le désir doublent en quelque sorte les aptitudes digestives de l'estomac; or, c'est généralement une faute que d'insister auprès des malades pour qu'ils prennent des aliments qui leur répugnent, alors même qu'ils sont utiles et inoffensifs de leur naturel (Fonssagrives) ».

Un adjuvant des plus précieux, dont nous retirons pour notre part les plus grands avantages, nous est fourni par les peptones que nous administrons généralement à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour en 2 ou 3 fois et pendant les intervalles de ces repas légers; c'est un aliment nullement encombrant, bien que de grande puissance nutritive, et dont le grand mérite est de pouvoir s'assimiler presque immédiatement et sans aucune fatigue pour l'estomac.

Au début de la préparation des peptones, leur saveur prononcée, leur odeur désagréable, pouvaient être, dans certains cas, un obstacle à leur administration, mais aujourd'hui, grâce à de grands perfectionnements des appareils de préparation, la digestion artificielle, tout en étant parfaite, peut être arrêtée à temps pour que ces inconvénients aient complètement disparu. Nous conseillons de préférence l'emploi de la peptone *phosphatée* (*vin de Bayard*); acceptée avec plaisir par nos convalescents, c'est véritablement un aliment complet. Son phosphate de chaux, entre outre de sa fonction spéciale d'excitant de l'assimilation, nous devient particulièrement précieux chez certains enfants où des pyrexies de longue durée tendent à provoquer une altération du système osseux.

D'une façon plus générale, nous pouvons dire aussi qu'à notre époque où l'anémie a une part si prépondérante dans la pathologie, la thérapeutique trouve dans le vin de Bayard un agent vraiment précieux pour relever le taux de l'économie et permettre à l'organisme de lutter avec avantage contre tout agent morbide. Son emploi est tout aussi nettement indiqué dans toutes les affections qui conduisent à une altération de nutrition ou à de la dénutrition, c'est ainsi que, dans cet ordre d'idées, nous nous promettons de publier prochainement l'observation d'un de nos malades atteint d'ulcère de l'estomac, et que nous alimentons presque exclusivement, depuis pas mal de temps déjà, avec cette préparation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gallard comme membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Gallard prend place parmi ses nouveaux collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Heurtaux (de Nantes), récemment élu correspondant pour la deuxième division;

2° Une lettre de candidature de M. Marty, pharmacien principal de l'armée, pour la section de pharmacie;

3° Une note de M. Andouard (de Nantes), sur un cas de momification spontanée;

4° Une note de M. Beaume, sur le diabète et son traitement (présentée en séance par M. Hardy).

M. Brouardel présente, de la part de M. le docteur Vibert, un ouvrage intitulé : *Précis de médecine légale*, précédé d'une Introduction par le professeur P. Brouardel.

M. Legouest présente, de la part de M. le docteur Chauvel, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.*

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Abeille, un volume intitulé : *La chirurgie ignée en général et ses avantages en particulier dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus;* — 2° de la part de M. le docteur Garrigou, un travail sur les eaux iodurées et les inhalations d'eaux minérales.

M. Béchamp fait une communication sous le titre suivant : *Sur la théorie générale de la nutrition et sur l'origine des ferments en général, à propos de la discussion sur les ptomaïnes et leur rôle pathologique.*

L'auteur a fait cette communication pour répondre à une assertion de M. Gautier touchant la putréfaction et la vie, et à une critique de M. Cornil concernant la naissance des bactéries au sein des tissus. Cette théorie générale de la nutrition découle des recherches de M. Béchamp sur les fermentations et sur les microzymas.

L'auteur expose en premier lieu l'état de nos connaissances relativement à la nature et à la constitution des matières albuminoïdes à l'époque déjà éloignée (1856) où il en a commencé l'étude. Il rappelle qu'à une époque très rapprochée de la nôtre, M. Huxley considérait l'albumine comme étant un protoplasma ou la matière vivante elle-même; tandis que M. Naquet, refusant de considérer les matières albuminoïdes comme des principes chimiques, voulait en renvoyer l'étude à la zoologie, les regardant comme des débris d'organes.

Enfin, parmi les chimistes, ceux qui voulaient bien les regarder comme étant des principes immédiats, des acides, n'y voyaient qu'une substance unique, plus ou moins modifiée ou combinée avec des matières minérales diverses. Il résulte de ces observations que le rôle de la matière albuminoïde est immense en biologie, puisque, encore une fois, on a pu supposer qu'elle était la matière vivante.

Mais, indépendamment de ces incertitudes ou de ces ignorances, M. Béchamp rappelle qu'à cette même date de 1856, on ne savait rien sur la transformation de ces matières dans l'organisme pendant la vie ni sur l'origine des principes immédiats azotés qui se forment dans l'intimité de nos tissus. C'est ainsi, dit M. Béchamp, qu'on ne savait pas même comment se formait l'urée que nous éliminons si abondamment par les urines. Dumas et Prévost avaient bien fait voir que l'urée se trouvait dans le sang après l'ablation des reins, démontrant ainsi que ces organes ne servent qu'à l'élimination, mais on ne savait pas comment elle s'y produisait. C'est à Strasbourg, en 1856, que M. Béchamp entreprit cette recherche dont il fit l'objet de sa thèse inaugurale.

Dans ce travail, M. Béchamp démontra que par oxydation dans un milieu alcalin, à l'aide du permanganate de potasse, les matières albuminoïdes produisent de l'urée. La thèse fut présentée à l'Académie des sciences par J.-B. Dumas en ces termes : « Elle est digne de l'attention du monde savant... Tous les amis de la science apprendront avec bonheur, en effet, que M. Béchamp vient de donner à la théorie de la respiration un dernier et indispensable complément, en prouvant que l'urée dérive de l'albumine ou des parties azotées anologues. » Et avec les délicatesses de sa générosité habituelle, il ajoutait qu'il avait tenté d'obtenir la vérification que M. Béchamp venait d'établir d'une manière si brillante. « J'ai essayé maintes fois, disait-il, à diverses époques, à brûler l'albumine et à la brûler sous une influence alcaline, dans l'espoir de la convertir en urée, et je n'ai jamais réussi. Cet aveu, je pense, ne contrariera pas M. Béchamp, mieux inspiré et plus heureux que moi dans le choix de son réactif. »

Cette théorie contient, en outre, les résumés de toutes les recherches dont les matières albuminoïdes avaient été l'objet à cette époque, et il en déduit la conséquence que ce sont des composés amides fort complexes, formés par la réunion de molécules nombreuses, amides ou autres; et, enfin, que loin d'être formés par une substance unique, le nombre de leurs espèces peut être fort grand; et c'est ce qui a été définitivement établi par M. Béchamp dans le mémoire sur ce sujet qui a été l'objet d'un rapport de M. Dumas à l'Académie des sciences. Les conclusions de ce travail et de la thèse ont été confirmées, en somme, par le travail de M. Gautier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes; c'est ce que M. Béchamp s'était proposé d'établir avant de rechercher par quel mécanisme se forment des alcaloïdes animaux dans l'organisme, ainsi qu'une foule d'autres composés qui sont les termes nécessaires de la dénutrition.

Après cette exposition antérieure nécessaire, M. Béchamp fait voir que, si l'on tient les doctrines microbiennes pour vraies, il en résulte que les transformations des albuminoïdes dans l'organisme sont des effets sans cause ou les résultats de qualités ou de causes occultes. Et ici M. Béchamp prouve, contre ces doctrines, que l'intérieur du corps n'est pas comparable au contenu d'un vase rempli de vin ou de bière, mais que toutes ses parties, toutes ses cellules, qui sont transitoires, sont vivantes parce qu'elles ont été construites par l'élément anatomique vivant *per se*, c'est-à-dire anatomiquement et physiologiquement inépuisable, qui est le microzyma; ce sont les microzymas de l'organisme, divers suivant les régions et les centres d'organisation, qui expliquent la naissance à même les tissus des vibrioniens et des bactéries diverses. Ce sont ces mycrozymas qui rendent compte des phénomènes vitaux accomplis pendant la vie et après la mort. Et M. Béchamp, répondant alors aux objections de M. Cornil, s'efforce de montrer qu'il n'est pas seul aujourd'hui à soutenir la théorie du microzyma; mais que tous ceux qui ont voulu y regarder de près, M. Gautier lui-même, la confirmeront.

M. Béchamp demande, en terminant, que la parole lui soit réservée dans la prochaine séance pour la continuation de sa communication.

M. Gautier se borne, quant à présent, à faire observer à M. Béchamp que, contrairement à une proposition émise par lui au cours de sa commuuication, on n'appelle pas alcaloïde « toute substance qui se combine avec un acide. » En effet, il y a toute une série de matières qui ne sont pas des alcaloïdes et qui se combinent avec des acides. M. Gautier se propose de répondre plus longuement à l'importante communication de M. Béchamp.

M. Verneuil, qui avait demandé la parole pour répondre à M. Léon Le Fort, ne pouvant la prendre à cause de l'heure trop avancée, demande à ce qu'elle lui soit réservée ultérieurement pour lui permettre d'exposer et d'expliquer ce qu'il entend par le *parasitisme microbique latent* dont il a été question au cours de cette discussion.

M. le docteur Vuillet (de Genève) lit un travail *sur une nouvelle méthode de dilatation du col utérin*. (Comm. MM. Tillaux, Cusco, Charpentier.)

— La séance est levée à cinq heures.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

Bosc (Emile) : De la digitale employée comme médicament antipyrétique. — Gilis (Paul) : Des troubles consécutifs aux sections des nerfs du membre supérieur par instrument tranchant; de la suture nerveuse, sa valeur. — Bonamaison (Léonce) : Du goître exopthalmique et de son traitement par l'hydrothérapie. — Delpech (Charles) : Contribution à l'étude de la folie héréditaire. — Parès (Emile) : De l'intervention chirurgicale dans le traitement de la pleurésie purulente et en particulier de la pleurotomie. — Mélian (O.) : Recherches sur le bacille tuberculeux, surtout au point de vue de sa valeur diagnostique et pronostique dans la phthisie pulmonaire. — Vigné (Paul-Etienne) : De l'emploi combiné du chloral et de la digitale dans la période d'agitation de l'épilepsie et de la manie. — Batlle (Etienne) : Etude de l'épidémie de choléra de 1884 observée à l'hôpital d'Avignon. — Pons (Simon) : Essai sur le bégayement. — Kourowicki (Charles) : Essai sur le traitement abortif du phlegmon. — Terrin (Léonce) : Etude sur le cysticerque de l'œil. — Poizat de Gérente (Albert) : Des injections hypodermiques de sulfate d'atropine et de leur emploi dans le traitement du choléra. — Belletrud (M.) : De l'épidémie cholérique de 1884 chez les femmes à l'asile des aliénés de Marseille. — Dermont (Emile) : De la pneumonie des vieillards; recherches thermométriques. — Ferran (Achille) : Du choléra à Arles et à l'hôpital en particulier. — Rouch (Germain) : Applications de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin. — Buard (Jacques) : Des ruptures isolées de la choroïde. — Esmieu (J.-B.) : De l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin. — Capoulade (Joseph) : Etude sur la cystotomie et la kolpo-cystotomie dans les cas de

catarrhe grave de la vessie et de contracture douloureuse du col. — Aussenac (H.) : Etude sur le chlorhydrate de cocaïne. — Matignon (F.) : Le trichiasis et son traitement par la méthode ignée. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA VOMIQUE. — Trastour.

Iode	1 gramme.
Iodure de potassium	10 grammes.
Eau distillée	300 —

Faites dissoudre. — Une cuillerée à café chaque jour, dans deux tasses de lait, aux personnes atteintes de vomique, pour diminuer la tendance à faire du pus. Le malade prend un litre et demi de lait écrémé dans les vingt-quatre heures, et augmente sa ration d'un demi-litre tous les deux jours. On revient à l'alimentation ordinaire, à la viande, à la bière, au vin, dès que l'appétit le permet. — Pour masquer la fétidité de l'expectoration, on fait respirer l'essence de térébenthine, l'essence de thym, l'eucalyptol, le camphre et l'acide phénique. On recommande au malade des inspirations profondes, méthodiques, afin que le poumon affaissé reprenne de l'amplitude. — Si cela est indispensable, appliquer en permanence sur le point malade, soit des mouches de Milan, soit des cautères. — N. G.

COURRIER

Par décret en date du 26 mars 1886, M. Blondlot, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

— M. Hermann Fol est nommé directeur adjoint du laboratoire de zoologie marine établi à Villefranche (3e section de l'École pratique des Hautes-Études).

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE. — Les sujets de thèses ont été donnés samedi soir aux candidats par tirage au sort :

1° M. Schwartz, Tumeurs du larynx; 2° M. de Lapersonne, Des arthrites infectieuses, non tuberculeuses; 3° M. Picqué, Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil; 4° M. Étienne, Des tumeurs de la paroi abdominale, les hernies exceptées; 5° M. Barette, Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical; 6° M. Jalaguier, De l'arthrotomie; 7° M. Augagneur, Tumeurs du mésentère; 8° M. Pousson, De l'ostéoclasie; 9° M. Gangolphe, Kystes hydatiques des os ; 10° M. Brun, Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques; 11° M. Nélaton, Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques; 12° M. Forgue, Des septicémies gangréneuses; 13° M. Dénucé, Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire; 14° M. Truc, Traitement chirurgical de la péritonite; et 15° M. Vautrin, Traitement chirurgical des myomes utérins, pour l'agrégation de chirurgie; — 16° M. Auvard, De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia; 17° M. Rémy, De la grossesse compliquée de kyste ovarique; 18° M. Bar, Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement; 19° M. Maygrier, Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine; et 20° M. Gerbaud, De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, pour l'agrégation d'accouchements.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henry Bouchut, licencié ès sciences, décédé le 1er avril, à l'âge de 24 ans, et nous envoyons à son père, le docteur Bouchut, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, l'expression de nos sympathiques regrets.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Noël Coulomb, âgé

de 33 ans, ancien interne des hôpitaux de Lyon, membre correspondant de la Société nationale de médecine de cette ville. M. le docteur Coulomb était médecin consultant à Bagnols-les-Bains, et avait écrit sur l'action thérapeutique de ces eaux plusieurs mémoires insérés dans le *Lyon médical*.

Hommage a M. Pasteur. — On lit dans le *Lyon médical* : « Dans sa dernière séance, la Société nationale de médecine de Lyon a, sur la proposition de sa Commission de présentation, nommé M. Pasteur membre *associé*. Ce titre que, aux termes de son règlement, elle ne décerne « qu'à un nombre très limité d'hommes éminemment distingués dans les sciences et dans les arts qui font l'objet de ses travaux », est un honneur exceptionnel, puisqu'il n'avait pas été conféré depuis plus de trente ans. Puisse cet hommage spontané à celui que la Société a voulu faire son collègue lui prouver l'estime, tout à fait exceptionnelle aussi, en laquelle elle tient son caractère, sa méthode d'investigation scientifique, ainsi que les résultats de cette méthode.

Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie. — Nous recevons le compte rendu de la dernière assemblée générale de cette Société, œuvre utile, fondée depuis trois ans et pour le succès de laquelle nous faisons des vœux. Voici un extrait des statuts :

Art. 1er. — La Société a pour but :

1° De s'entr'aider en cas de maladie ou de blessure en payant à ses membres participants une indemnité pendant le temps de leur maladie, fixée à 2 fr. 50 pendant trois mois et 1 fr. 50 pendant les trois mois suivants ;

2° De verser aux ayants droit une somme de 100 francs pour frais de funérailles.

Art. 32. — La cotisation est de 75 centimes par quinzaine.

Les membres honoraires paient une souscription dont le minimum est de 12 francs par an. Tout membre versant une somme de 100 francs sera membre honoraire perpétuel.

Il a été créé un fonds de retraite pour les vieillards.

Art. 35. — La Société se réunit en Assemblée générale le troisième dimanche de janvier; il y a deux appels; l'amende est de 50 c. par appel, les membres honoraires exceptés.

Pour les communications ou renseignements, s'adresser à M. Digard, président, 45, rue Lacépède.

Société de médecine de Paris. — Séance du 10 avril 1886. — *Ordre du jour* : 1. M. Hortelloup : Rapport sur la candidature de M. le docteur Edouard Wickham au titre de membre titulaire. — 2. M. Abadie : De quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales. — 3. Communications diverses. — 4. Réunion du Conseil d'administration (composé du bureau et de MM. de Beauvais et Le Blond) une demi-heure avant la séance, pour entendre le rapport financier du trésorier (exercice 1885).

— Une vente qui présente un intérêt particulier pour nos lecteurs aura lieu, du 12 au 16 de ce mois, à l'hôtel Drouot. C'est celle de la bibliothèque du docteur C***, praticien et bibliophile bien connu. Elle est visible cette semaine à la librairie Labitte, rue de Lille, 4. La partie des sciences médicales offre un choix nombreux d'ouvrages anciens et recherchés, de traités précieux et singuliers. Mais on y trouvera aussi une grande variété d'ouvrages rares et curieux sur les beaux arts, la littérature, l'histoire, etc., reliés par les meilleurs artistes. A tous les points de vue, cette rare collection doit attirer l'attention des érudits et des bibliophiles.

La Farine Morton est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bouchard : De l'auto-intoxication considérée comme accident deutéropathique dans les maladies fébriles. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Chronique. — V. Formulaire.

De l'auto-intoxication considérée comme accident deutéropathique dans les maladies fébriles

Leçon d'ouverture du cours de pathologie générale, par le professeur Bouchard

Recueillie par le docteur P. Le Gendre.

Les processus pathogéniques se réduisent à quatre grands groupes : les dystrophies élémentaires primitives, résultant de l'action directe, immédiate des causes morbifiques sur les éléments anatomiques des tissus ; — les troubles préalables de la nutrition ; — les réactions nerveuses ; — les infections.

Mais ces grandes divisions de la pathogénie ne sont pas toute la pathogénie.

En effet, quand on sait par quel mécanisme les causes pathogènes déterminent l'invasion des maladies, il reste à suivre l'évolution de celles-ci ; chacun des effets qui sont produits par la cause primordiale, et dont la réunion constitue l'ensemble particulier que nous appelons la maladie, peut à son tour être considéré comme la cause d'autres effets secondaires, d'où peuvent encore découler d'autres effets tertiaires, et c'est l'enchaînement particulier de toutes ces causes et de tous ces effets qui aboutit à la guérison ou à la mort.

Souvent le bien résulte du mal, et il est beaucoup de cas dans lesquels les phénomènes morbides ont une tendance à ramener l'organisme vers la santé. C'est ce qui se passe souvent dans les maladies chroniques où un épisode aigü vient jouer un rôle au moins passagèrement curateur.

Mais souvent aussi le mal engendre le mal : si les effets qui se suc-

FEUILLETON

CHRONIQUE

Sur quelques termes nouveaux en chirurgie opératoire. — Projet de bibliothèque littéraire et scientifique internationale.

A des opérations nouvelles, il faut des noms nouveaux ; mais, lorsqu'on veut aussi enrichir le vocabulaire chirurgical, il est bon de ne pas ajouter à la confusion qui existe déjà dans certaines parties de sa nomenclature.

Pour la chirurgie abdominale en particulier, n'a-t-on pas donné les acceptions les plus diverses au mot *gastrotomie?* Gastrotomie a voulu dire : ouverture de l'estomac; puis ouverture de l'abdomen (γαστηρ) ; puis on l'a appliqué aux extirpations des divers organes de cette cavité; puis on lui a donné, comme succédané, les mots *gastro-stomie* et *laparotomie*, et aujourd'hui on peut définir ainsi la gastrotomie :

Incision de la paroi abdominale dans toute son épaisseur, pour ouvrir la cavité abdominale dans le but, soit de faire le diagnostic d'une affection mal connue, soit de pratiquer une opération sur un des organes de cette cavité.

La même définition peut s'appliquer à la laparotomie; mais certains chirurgiens, s'appuyant sur la racine de ce mot λαπαρον, qui veut dire flanc, le réservent pour les

cèdent amènent dans l'organisme des désordres de plus en plus profonds, la maladie s'aggrave et la mort en est la conséquence.

Dans d'autres cas, enfin, les effets se succèdent tour à tour nuisibles et utiles, et c'est par une série d'oscillations, tantôt vers le bien, tantôt vers le mal, que peu à peu la maladie évolue vers la guérison.

L'étude de ces oscillations, de ces alternatives, c'est un autre point de vue de la pathogénie que ceux qui nous ont occupés jusqu'ici; c'est elle qui nous apprendra comment les troubles primitifs deviennent eux-mêmes la source d'accidents deutéropathiques, qui se succèdent en plus ou moins grand nombre avec une complexité parfois telle que l'analyse la plus pénétrante n'arrive pas à en démêler les ressorts secrets.

Pour mieux nous faire comprendre, prenons un exemple tiré de l'étude des auto-intoxications. Supposons-nous en face d'un pneumonique. Laissons de côté l'origine de sa maladie; n'espérons même pas suivre exactement l'enchaînement de tous les actes morbides depuis le moment où la cause primitive a réussi à créer la maladie jusqu'à celui où celle-ci se termine par la guérison ou la mort. Mais prenons-en seulement quelques-uns, et cherchons à élucider leurs connexions réciproques.

Que la cause morbifique primitive, chez un homme atteint de pneumonie, soit le froid, ou un agent infectieux, nous constatons que l'un des premiers effets produits par cette cause est une hépatisation pulmonaire. Celle-ci a pour conséquence une diminution du champ respiratoire; mais, en outre, elle s'accompagne d'un état fébrile.

Si vous me demandez ce qui a engendré cette fièvre, je vous répondrai par un aveu d'ignorance. Je ne sais ni ce qu'est essentiellement la fièvre, ni ce qui l'engendre. Je soupçonne qu'elle n'est pas le résultat de l'hépatisation, puisqu'elle existait avant que les signes physiques de la pneumonie ne fussent perceptibles.

En tout cas, prenons la pneumonie en pleine évolution, au moment où elle est arrivée à inspirer les plus graves inquiétudes, et analysons les symptômes qui nous alarment.

---

incisions pratiquées dans les hypochondres, et appliquent celui de gastrotomie aux incisions pratiquées sur la ligne médiane.

Quant à l'incision de l'estomac, on l'appelle *taille stomacale* quand elle sert à l'extraction d'un corps étranger ou à la dilatation du pylore, puisqu'on la referme immédiatement après; et *gastro-stomie* quand elle sert à créer un orifice *permanent* destiné à l'alimentation du sujet (bouche stomacale). C'est donc à tort que le terme de gastro-stomie a été appliqué à la taille stomacale; on a beau lui adjoindre l'épithète de *temporaire* ou de *provisoire*, ce ne sera jamais une bouche, puisqu'on la referme séance tenante, et que la caractéristique de la bouche est d'être permanente. Pour cette raison, appeler *gastro-stomie permanente* celle qui a pour but de remédier aux obstructions de l'œsophage, c'est faire de gaîté de cœur un pléonasme.

La terminaison *stomie* impliquant l'idée de bouche, en comprend ce que veut dire *entéro-stomie* : c'est la création, sur un point de l'intestin, d'un orifice destiné à introduire dans le tube digestif des aliments, au lieu et place de la bouche normale. Mais alors que peut bien signifier le mot *colostomie*, que j'ai trouvé dans un manuel récent de médecine opératoire? Il doit vouloir signifier qu'on pratique une bouche sur le côlon. Mais si on lit la description de l'opération, on voit bien vite qu'il s'agit de la création d'un anus, et non d'une bouche. Dès lors, colostomie est employé à contre-sens.

Mais je conçois que, du moment où on a dédoublé gastrotomie en gastrotomie et gastro-stomie, — entérotomie en entérotomie et entéro-stomie, — on veuille en faire

Nous constatons d'abord chez le pneumonique des troubles circulatoires qui s'expriment par la fréquence des battements du cœur, nous constatons une fréquence insolite des mouvements respiratoires. Voilà deux ordres de troubles que la fièvre peut expliquer, si l'on admet que, par suite de l'élévation thermique, les centres bulbaires de la circulation et de la respiration se trouvent anormalement excités. La fréquence plus grande avec laquelle le sang traverse l'arbre aérien et la perte d'eau que, par l'exhalation pulmonaire, le corps subit à chaque mouvement respiratoire, pourraient rendre compte de la soif et de la sécheresse de la bouche, bien que ce dernier symptôme soit peut-être, dans certains cas, susceptible d'une autre interprétation.

Mais voici d'autres symptômes d'une signification plus grave, en même temps que d'une explication plus difficile.

Ce pneumonique présente des troubles nerveux : l'état fuligineux des narines, la céphalée, la courbature, la somnolence, la carphologie même. Un tel ensemble symptomatique ne nous étonne pas, parce que nous sommes accoutumés à le voir. Et pourtant, pourquoi ce pneumonique a-t-il de tels accidents nerveux; pourquoi même ses glandes ne sécrètent-elles plus au point de laisser ses muqueuses et sa peau se dessécher? C'est là une question qui vaut la peine qu'on se la pose.

Serait-ce parce qu'il est fébricitant, ou parce qu'il a une hépatisation pulmonaire?

Pour que la fièvre pût expliquer des accidents nerveux pareils, il faudrait qu'elle s'accompagnât d'une hyperthermie excessive, ce qui n'est pas toujours le cas. Assurément, l'hyperthermie peut provoquer certains accidents nerveux; mais ce qu'elle produit, c'est surtout de la jactitation, une agitation extrême qui pousse le malade inconscient hors de son lit; elle ne cause pas à elle seule le coma et le stertor.

On ne voit pas les troubles nerveux qui accompagnent la pneumonie chez le phthisique, qui en proie à la fièvre hectique, avec une température de 40°, peut conserver toute sa lucidité.

---

autant pour colotomie. — Mais alors il faut respecter la logique, et *stomie* voulant dire *bouche*, on doit bien se garder de vouloir de lui faire signifier *anus*. C'est élémentaire. Ce n'est donc plus colostomie qu'il faut dire, mais *coloproctie*, προκτος voulant dire anus, et d'autres dérivés de ce mot existant déjà dans la nomenclature médicale. Donc, voici un mot nouveau :

Coloproctie, anus artificiel pratiqué sur le côlon.

Mais alors je ne vois pas d'inconvénient à en créer un second pour désigner l'opération qui a pour but d'établir un anus artificiel sur l'intestin grêle. Car enfin entérotomie est un terme qui, à lui seul, sert à désigner plusieurs opérations dissemblables. Voulez-vous enlever un corps étranger de l'intestin, vous dites que vous faites une entérotomie, et, si vous vous proposez de pratiquer un anus artificiel, vous faites encore une entérotomie. Deux opérations ayant un but, un manuel opératoire, et un résultat si différents, devraient bien posséder chacune leur nom propre. C'est pourquoi je propose les modifications suivantes dans la nomenclature des opérations pratiquées sur l'intestin :

Colotomie et *entérotomie :* ouverture pure et simple de l'intestin, comme la gastrotomie est l'ouverture pure et simple de l'estomac, la cystotomie, l'ouverture de la vessie, etc. (taille intestinale).

Entéro-stomie : abouchement de la partie supérieure de l'intestin à la paroi abdominale pour y introduire des aliments (bouche intestinale).

Colo-proctie et *entéro-proctie* : fixation et ouverture de la partie inférieure de l'intestin

Ces troubles seraient-ils donc alors le fait de l'asphyxie engendrée par l'hépatisation qui restreint le champ respiratoire ? Mais non ; chez le pneumonique la diminution du champ respiratoire est compensée, puisque les respirations sont plus fréquentes et la ventilation pulmonaire accrue. L'homme sain fait pénétrer dans ses poumons 10 litres d'air par kilogramme et par heure ; chez le pneumonique, comme chez le pleurétique, la quantité d'air pour le même poids et dans le même temps est de 11 litres. La circulation est aussi accélérée, par conséquent une plus grande quantité de sang vient en conflit avec l'air dans l'unité de temps, et ce sang a sa capacité respiratoire normale, puisqu'il est capable d'absorber de 21 à 27 cent. cubes d'oxygène par 100 grammes de sang. On a même pu mesurer la quantité d'oxygène consommée par les tissus, elle est plus grande qu'à l'état de santé. Ainsi le pneumonique qui prend à l'air extérieur plus d'oxygène qu'un homme bien portant, rend aussi à cet air plus d'acide carbonique.

On pourrait croire que les troubles nerveux dont nous cherchons l'explication ont pour cause l'excès des combustions interstitielles ; il n'en est rien, les rapports entre l'oxygène consommé et l'intensité des combustions restent normaux.

On a enfin invoqué pour expliquer les accidents nerveux des pneumoniques les réflexes partis du poumon enflammé. C'est la souffrance locale, a-t-on dit, qui éveille le consensus de tout le système nerveux. Mais alors pourquoi cet ébranlement nerveux général ne s'est-il pas montré dès le premier jour de la pneumonie, alors que la même hépatisation existait ?

Ainsi nous étions acculés aux réflexes, et les réflexes ne peuvent nous donner satisfaction.

Mais laissons là notre pneumonique, et prenons un homme atteint de fièvre typhoïde vers le quatorzième ou quinzième jour, alors qu'il présente les mêmes accidents nerveux que notre pneumonique : fuliginosités, état comateux, soubresauts tendineux, bref, tout l'ensemble clinique qu'on synthétise sous le nom d'état ataxo-adynamique.

à la paroi abdominale, pour donner issue aux matières fécales (anus artificiel sur le côlon ou l'intestin grêle).

Je laisse de côté l'entérectomie et la colectomie, qui, comme bien d'autres mots en *ectomie*, ont maintenant acquis droit de cité dans les vocabulaires.

*
* *

On m'a fait part dernièrement d'un projet de bibliothèque littéraire et scientifique internationale qui m'a fort séduit. Ce projet, je me hâte de le dire, a été réalisé déjà en Angleterre. Voici en quoi il consiste :

Une Société anonyme, au capital de X... francs, se forme, nomme un conseil d'administration, comme cela se fait toujours, achète ou loue de vastes locaux, et se procure le plus d'ouvrages possible, anciens ou nouveaux, en double, triple, quadruple exemplaires. Puis on les range et on les catalogue.

A cette bibliothèque, toute personne peut s'abonner moyennant une certaine somme par an, et tout abonné a droit à autant d'ouvrages qu'il en a besoin, et les garde autant de temps qu'il le désire. Les emprunts sont faits par correspondance. Si les livres se trouvent à la bibliothèque, ils sont immédiatement expédiés, bien entendu, aux frais de l'emprunteur ; s'ils ne s'y trouvent pas, l'administration de la bibliothèque se les procure dans le plus bref délai, et les envoie ensuite à destination de l'abonné.

Cet établissement fonctionne, m'a-t-on dit, depuis plusieurs années déjà en Angleterre ; en France, rien de semblable n'existe encore, et je suis persuadé que, si sa création est

Est-ce l'hyperthermie, seule, comme le veut Liebermeister, qui cause de pareils désordres ? Nous avons tout à l'heure réfuté cette opinion.

Est-ce cette fois l'asphyxie résultant des modifications que la congestion pulmonaire apporte à la fonction respiratoire ? Sans doute la ventilation pulmonaire est moins bonne chez le typhique que chez le pneumonique ; mais, chez l'un comme chez l'autre, la capacité respiratoire du sang est demeurée normale, à peine amoindrie dans quelques cas. L'oxygène est consommé en quantité normale ou même supérieure à la normale, supérieure en tout cas à la quantité d'acide carbonique exhalée.

Faut-il encore parler des réflexes mis en jeu par les ulcérations intestinales ? Mais celles-ci sont quelquefois bien insignifiantes pour expliquer un tel ébranlement nerveux, et d'ailleurs l'intestin a dû s'habituer à leur présence depuis tant de jours qu'il est lésé.

Prenons maintenant le cas d'un malade atteint d'un phlegmon gangréneux étendu. Chez lui encore peuvent exister des accidents nerveux ataxo-adynamiques. Or chez lui nous ne saurions plus nous en prendre ni à l'hyperthermie, ni à la congestion pulmonaire. Il est vrai que la capacité respiratoire est amoindrie, que son sang peut ne plus absorber que 16 cent. cubes d'oxygène par 100 grammes, mais pourtant l'oxygène est encore consommé par lui en quantité supérieure à l'acide carbonique exhalé.

Les réflexes chez lui ne peuvent être invoqués, il faut que l'infection soit venue se mettre de la partie pour que la lésion locale ait produit de tels accidents généraux.

Eh bien ! qu'est-ce donc que ce complexus symptomatique identique dans trois maladies si différentes ? et d'où vient qu'il présente tant d'analogie avec les symptômes que Gaspard avait notés chez les animaux intoxiqués par ingestion de matériaux putrides ? Dans les deux premiers cas, la fièvre typhoïde certainement, la pneumonie très probablement, le processus pathogénique primitif est d'ordre infectieux. Dans le troisième, les accidents sont liés à la putridité locale et l'analyse est des plus manifestes avec les

---

menée à bonne fin, elle sera accueillie avec grande faveur. Aucune de nos grandes bibliothèques publiques n'est organisée de manière à pouvoir servir à des prêts aussi étendus, et de toute façon les expéditions ne pourraient encore se faire, puisque dans la plupart d'entre elles un article du règlement exige que l'emprunteur donne sa signature sur un registre *ad hoc*, comme reçu des volumes qui lui sont prêtés.

En Allemagne, le service des prêts se fait d'une manière beaucoup plus large, et certaines Universités, celle de Strasbourg en particulier, expédie, même en France, les ouvrages qui lui sont demandés. En France, nos bibliothèques universitaires ne sont pas, non plus que les grandes bibliothèques, organisées pour que ce service soit possible ; il faudrait un surcroît d'employés, de volumes en double exemplaire, et de matériel spécial (caisses, etc.), incompatibles avec les budgets actuels.

Quant aux bibliothèques spéciales, celles de la faculté de médecine en particulier, le prêt au dehors ne peut s'y faire sans de graves inconvénients. Etant donnée la nombreuse clientèle habituelle de cette bibliothèque, clientèle composée en majeure partie des 500 élèves qui y préparent annuellement leur thèse, des 2 ou 300 candidats à l'internat qui y préparent leur concours, et, tous les trois ans, des 120 ou 150 candidats à l'agrégation qui, du mois de novembre au mois de juillet, font appel à toutes les ressources de la bibliothèque, on comprend facilement qu'un livre prêté au dehors peut faire grand défaut à 40 ou 50 lecteurs pendant tout le temps qu'il reste, souvent oublié ou égaré, chez l'emprunteur.

Les bibliothèques de nos facultés, à Paris, ne peuvent guère servir au prêt du dehors ;

désordres observés par Gaspard comme conséquence de l'intoxication putride.

Faut-il donc admettre que dans les deux premières maladies de nature infectieuse les accidents d'intoxication deutéropathique sont causés par des poisons que sécrètent les agents infectieux ?

J'ai dit moi-même que les petits champignons microbiens peuvent élaborer des matières toxiques au même titre que les grands champignons; mais, jusqu'ici, la preuve de l'existence de ces matières toxiques n'a pas été donnée. Toutes les fois que j'ai cherché ces poisons morbides, je ne les ai pas trouvés. J'ai trouvé deux poisons morbides, l'un produit par l'organisme chez certains diabétiques, alors qu'éclatent chez eux les accidents qu'on a attribués à tort à l'acétonémie; l'autre est le poison cholérique dont je crois avoir établi l'existence, mais dont j'ignore l'origine.

Ainsi je n'ai pas trouvé de poisons morbides, et cependant je constate des phénomènes d'intoxication.

Avec l'hypothèse des poisons morbides, comment expliquer d'ailleurs que ces effets dus à l'intoxication soient identiques dans des maladies dont l'agent infectieux ne saurait être le même.

Mais permettez-moi d'éclairer la question par un nouvel exemple. Que se passe-t-il dans la néphrite chirurgicale? Quelquefois, après une intervention opératoire sur les voies urinaires, on voit éclater tout à coup des accidents généraux causés par une lésion secondaire du rein, qu'on a appelée le rein chirurgical. Mais le microbe, ici nous le connaissons. MM. Lépine et Aubert ont pu produire le rein chirurgical en introduisant dans la vessie le micrococcus ureæ en culture pure, et, ce microbe, nous savons ce qu'il fabrique, c'est du carbonate d'ammoniaque. Or, chez l'homme qui succombe par un rein chirurgical, on ne trouve pas les caractères chimiques de l'empoisonnement par l'ammoniaque.

D'ailleurs, dans toute néphrite simple, sans intervention d'aucun agent infectieux, au bout d'un temps plus ou moins long survient un complexus ayant beaucoup d'analogie avec les accidents nerveux qui nous ont occupés

---

si on doit les modifier, c'est dans le sens des facilités qu'elles offrent aux étudiants pour le travail sur place ; quant au service de prêt au dehors, il ne pouvait être institué qu'à la bibliothèque nationale et à quelques bibliothèques peu fréquentées, celles de l'Institut, du Louvre, de l'Arsenal, la bibliothèque Mazarine, etc. Mais jamais ces services partiels ne pourront être aussi utiles qu'une bibliothèque organisée exclusivement dans le but de prêter des livres à volonté et à qui les demande. L.-H. Petit.

Traitement des syphilides squameuses et crustacées. — Rollet et Chambard.

On fait tomber les squames ou les croûtes, au moyen de douches de vapeur, de cataplasmes, ou à l'aide de l'enveloppement au caoutchouc. On prescrit un bain tiède, on badigeonne les plaies avec de la teinture d'iode, ou bien on les cautérise légèrement avec le crayon de nitrate d'argent; enfin on les panse par occlusion avec des bandelettes imbriquées de sparadrap de Vigo. — Dans les cas d'impétigo, de rupia et d'ecthyma profond, ce mode de traitement calme la douleur et l'irritation, et transforme rapidement les plaies spécifiques en plaies simples. — Si l'on a affaire à des syphilides ulcéreuses à tendance destructive, avant d'appliquer les bandelettes de Vigo, on cautérise assez énergiquement avec le crayon de nitrate d'argent, le chlorure d'or, ou, si c'est nécessaire, le cautère actuel. — N. G.

tout à l'heure, et cette fois la fièvre fait défaut. C'est que, dans la néphrite, l'individu s'empoisonne lorsque le rein, devenu imperméable, ne laisse plus sortir les poisons que normalement il est chargé d'éliminer. Ainsi je cherche toujours des poisons pathologiques, et je ne trouve qu'un poison normal.

Or, comment les poisons normaux ont-ils pu produire les accidents que la clinique nous fait constater?

Ou bien ces poisons ont été produits en quantité excessive; — ou bien, produits en quantité normale, ils n'ont pas été détruits comme ils auraient dû l'être; — ou enfin la partie de ces poisons qui n'avait pas été détruite n'a pas été éliminée.

Hypothèses que tout cela, peut-on me dire, bien que ces hypothèses s'appuient sur d'incontestables analogies symptomatiques. Mais pour ce qui regarde les urémiques, j'ai une preuve positive à invoquer, ayant démontré que leurs urines ont cessé d'être toxiques à partir du jour où éclatent les accidents que j'attribue à l'intoxication.

Dans le pneumonie, il est vrai, la toxicité des urines peut être augmentée, elle peut devenir cinq fois plus considérable que chez l'homme sain, si bien que l'homme pneumonique peut sécréter en un jour de quoi le tuer lui-même en onze heures, et non plus en deux jours et quatre heures, comme cela est à l'état normal. Qu'il survienne chez ce pneumonique une anurie de onze heures, et le voilà mort. Qu'il devienne seulement oligurique, que le fonctionnement de son rein soit réduit de moitié, et le voilà intoxiqué par la rétention de la moitié du poison qu'il n'élimine plus dans l'unité de temps. Ses urines, il est vrai, étant plus denses, éliminent sous un même volume une plus grande quantité de matériaux solides, mais cette densité n'est pas encore suffisante pour compenser l'insuffisance de l'élimination urinaire.

Voilà, si je ne m'abuse, deux démonstrations de la nature de l'intoxication qui nous occupe. Mais, outre l'insuffisance de l'élimination du poison par l'émonctoire urinaire, il peut y avoir, chez les malades atteints des maladies infectieuses aiguës dont j'ai parlé, augmentation de la production du poison.

Je rappelle que les sources des poisons normaux sont l'alimentation, la sécrétion biliaire, les putréfactions intestinales et la désassimilation.

Les malades fébricitants ne mangent plus, à peine prennent-ils du bouillon; le bouillon, renfermant les principes minéraux de la viande, est bien quelque peu toxique, mais c'est à coup sûr une source de toxicité négligeable.

La bile est à coup sûr toxique, en partie par ses sels, surtout par sa matière colorante, mais la plus grande partie des poisons qu'elle contient se trouvent neutralisés dans l'intestin ou transformés en corps insolubles.

Les putréfactions intestinales augmentent certainement dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie, elles expliquent en partie la sécheresse de la bouche, le météorisme abdominal qui avaient déjà frappé les anciens; mais l'observation nous enseigne que les putréfactions intestinales peuvent être quintuplées sans danger chez l'homme sain.

La désassimilation est souvent augmentée au cours des maladies infectieuses, mais non toujours; elle est en tout cas viciée : les oxydations de la matière sont incomplètes, et, de ce fait, il peut y avoir augmentation de la toxicité, c'est-à-dire que l'unité de poids de l'homme malade peut sécréter

dans l'unité de temps de quoi tuer une plus grande quantité de matière vivante.

La perte de poids atteste, chez certains fébricitants, l'accroissement de la désassimilation. Il ressort même des recherches de M. Lépine que, chez le pneumonique, le poison qui s'élimine par les urines n'est plus le même qu'à l'état normal; M. Lépine démontre physiologiquement que les urines des pneumoniques ont une toxicité particulière. Cela ne veut pas dire que cette toxicité soit attribuable à un véritable poison pathologique. Il n'est pas nécessaire d'invoquer un poison anormal pour expliquer des effets physiologiques insolites. Je n'ai provoqué qu'exceptionnellement les convulsions par l'injection d'urine normale en nature, et on ne les obtient jamais quand on injecte l'extrait des matières de l'urine solubles dans l'alcool, mais je les produis par l'injection de l'extrait des matières insolubles dans l'alcool, ayant probablement alors séparé le poison convulsivant d'un poison narcotique qui le neutralisait.

Chez les fébricitants apparaissent à l'émonctoire urinaire des matières colorantes en quantité surabondante; cet excès peut être comme 120 ou 140 est à 6. Or, nous avons expérimentalement prouvé la haute toxicité des matières colorantes.

Pour ne parler que de la matière colorante de la bile, il découle des expériences faites avec M. le docteur Tapret que 5 centigrammes de bilirubine tuent un kilogr. d'animal; elle est donc plus toxique que la quinine, plus toxique que les sels biliaires. Les urines décolorées perdent une notable quantité de leur pouvoir toxique.

Si la désassimilation exagérée et viciée est une source incontestable de poisons dans les maladies fébriles, il n'est pas moins évident que la destruction insuffisante de ceux-ci est une cause d'auto-intoxication.

La destruction des poisons est, à l'état normal, opérée par les combustions interstitielles et par le foie. J'ai démontré que le travail musculaire peut diminuer de moitié la toxicité; or, chez le fébricitant, le système musculaire est en inactivité. Il y a de ce fait diminution de l'intensité des oxydations interstitielles.

Pour ce qui est du foie, sur lequel M. G.-H. Roger poursuit en ce moment de si intéressantes recherches, nous savons qu'à l'état normal il détruit la moitié des substances toxiques qui le traversent. Mais, par suite de la dégénérescence graisseuse si fréquente dans les maladies infectieuses, la cellule hépatique se trouve souvent détruite ou inabordable. Nous savons même qu'elle peut cesser de fonctionner uniquement par suite de l'inanition et de l'état fébrile, et le foie alors manque à son rôle de destructeur des poisons.

Si les poisons non détruits étaient du moins éliminés, le danger d'intoxication serait conjuré; mais l'élimination devient insuffisante par suite de l'oligurie fébrile, que causent et les troubles circulatoires d'origine nerveuse et la soustraction d'eau que cause à l'économie une ventilation pulmonaire trop fréquente. Enfin, l'élimination s'accomplit encore plus difficilement à travers un rein qui souvent présente des lésions anatomiques attestées par une albuminurie à caractères spéciaux. Ainsi, les circonstances les plus fâcheuses s'accumulent, convergeant toutes vers ce résultat : la rétention de plus en plus complète des poisons dans l'économie.

Enfin lorsque ces poisons se trouvent accumulés en quantité suffisante pour impressionner le système nerveux, on voit éclater les accidents ner-

veux ataxo-adynamiques dont nous avons signalé l'existence dans des maladies si différentes par leur cause primitive, leur siège et leurs lésions anatomiques, mais qui toutes, à un moment donné de leur évolution, ont pour lien commun l'auto-intoxication.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mars 1886. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Dehenne : Un mot à propos de la communication que j'ai faite dans la dernière séance. Je viens à l'instant même d'observer à ma clinique un cas qui, je l'espère, confirmera les faits qui ont servi de point de départ à mon étude sur le traitement des diabétiques par les injections sous-cutanées d'ergotinine.

Il s'agit d'une dame de 63 ans, obèse, n'ayant jamais fait de maladie grave, et qui m'est adressée par un de mes confrères des environs de Paris. Elle se plaint de troubles de la vision qui remontent à cinq ou six mois. Elle ne peut plus ni lire, ni écrire, ni coudre. L'examen ophthalmoscopique dévoile la présence d'opacités cristalliniennes disséminées. Les deux cristallins sont atteints au même degré par l'opacification. Il ne paraît pas y avoir de lésions rétiniennes. Le champ visuel est normal ; on ne constate pas l'existence de scotomes. Suivant l'usage adopté à ma clinique, l'examen des urines est immédiatement fait. Par l'ébullition avec la liqueur de Fehling, on obtient un précipité caractéristique et très abondant. La malade interrogée déclare que depuis fort longtemps elle boit abondamment, de cinq à six litres par jour. Elle urine fréquemment et la nuit surtout elle est obligée de se lever constamment, ce qui trouble son sommeil. Depuis trois mois surtout elle se sent moins forte. Elle ne se doutait nullement qu'elle était diabétique. Comme je l'ai fait observer dans mon mémoire, presque tous les diabétiques que j'ai soignés se sont présentés à moi de la même façon. Ils venaient consulter pour des troubles oculaires. On examinait les urines, on les interrogeait, on constatait l'existence d'un diabète parfaitement caractérisé (glycosurie, polyurie, polydypsie, déperdition des forces, etc.), et les malades ne s'en doutaient pas.

L'analyse quantitative de l'urine sera faite au laboratoire de l'Ecole Normale.

J'ai écrit à mon confrère en le priant de pratiquer chaque jour à cette malade une injection sous-cutanée avec six gouttes de la solution titrée d'ergotinine de Tanret. Les urines seront analysées dans huit jours. Les injections seront continuées pendant une semaine, et, la quinzaine écoulée, la malade reviendra me voir. Une nouvelle analyse sera faite, et je vous tiendrai au courant du résultat obtenu.

Je n'ai rien changé au régime habituel de la malade. Je l'ai seulement priée de ne pas mettre de sucre dans son café.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine ;

Les numéros de février et de mars du *Pacific medical Journal de San-Francisco ;*

Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers* (2e semestre 1885).

La correspondance manuscrite se compose :

D'une lettre de M. le docteur Rey (de Grenoble), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

D'une lettre de M. Fraigniaud, vice-président, qu'un deuil de famille empêche d'assister à la séance ;

De l'envoi, par le ministère de l'Instruction publique, des cartes d'entrée qui lui ont été demandées pour la réunion des Sociétés savantes.

Présentations :

M. Cyr fait hommage à la Société de l'article *Vichy*, qu'il a écrit pour le Dictionnaire de Jaccoud.

M. Christian offre un exemplaire du mémoire qu'il a lu au Congrès de médecine d'Anvers (sept. 1885), *Sur la prétendue fragilité des os dans la paralysie générale.*

Sur la proposition de M. Rougon, la Société décide qu'elle souscrira pour la somme de 200 francs à l'Institut Pasteur.

M. Deligny lit un mémoire intitulé : *De l'antimicrobiose de l'air des altitudes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la phthisie bacillaire des poumons.* (Sera publié.)

M. Abadie : Je partage l'opinion qu'a exprimée M. Deligny dans sa très intéressante communication. Je crois que le séjour, l'habitat dans un air pur dépourvu de germes, peut avoir l'influence la plus heureuse sur un certain nombre de maladies. C'est ainsi, par exemple, que la conjonctivite granuleuse, si grave, si tenace parfois, cède presque spontanément, et sans traitement, quand le sujet atteint peut séjourner dans un air pur. Il y a quelques années, j'ai eu à soigner dans ma clientèle particulière un jeune homme de 25 ans, atteint d'un double pannus granuleux, qui, très nerveux, très impressionnable, changeant d'oculiste et de traitement à chaque instant, s'acheminait peu à peu vers la cécité. Je lui conseillai d'aller dans les environs de Zurich, où il profiterait de l'air pur des montagnes et où il aurait pu, le cas échéant, recevoir les soins du professeur Horner, dont la grande réputation est si légitime. Au bout de quatre mois, sans avoir fait aucun traitement, ce malade rentra à Paris complètement guéri. C'est, du reste, un fait notoire, et décidément bien établi par M. Horner, en Suisse, par M. Chibret, en France, que, passé une certaine altitude qui n'est même pas très élevée, on ne trouve plus de conjonctivite granuleuse.

Malheureusement, en ce qui concerne la phthisie pulmonaire, la basse température de ces altitudes élevées est un obstacle sérieux à la généralisation de ce mode de traitement. Dans un voyage en Suisse fait il y a trois ans, j'ai passé à Saint-Moritz vers la fin d'août; il faisait déjà un froid assez vif. Mais, en faisant des observations à la Réunion, à Quito, à Mexico, où, malgré une altitude élevée, la température reste assez douce, on pourrait mieux étudier encore l'influence du séjour dans une altitude élevée chez les tuberculeux.

M. Dubuc : J'ai été très frappé de ce que vient de dire M. Abadie au sujet de l'influence de l'altitude sur les granulations conjonctivales. Y a-t-il identité entre le microbe de la conjonctivite purulente et celui de l'ophthalmie granuleuse?

M. Abadie : Je répondrai à M. Dubuc que, dans la conjonctivite purulente, on trouve bien le gonococcus de Neisser, qui est le même que celui de la blennorrhagie. Mais le microbe de la conjonctivite granuleuse, qui a été observé et décrit par Sattler, n'est pas le même et n'a pas les mêmes propriétés pathogènes. Aussi la conjonctivite granuleuse est-elle tout à fait différente, dans sa manière d'être, dans son évolution, de la conjonctivite purulente.

M. Duroziez regrette que M. Deligny n'ait pas donné les résultats de son expérience personnelle plutôt que de celle des autres. Pense-t-il, d'après ce qu'il a pu observer à Saint-Gervais, que la tuberculose pulmonaire puisse se développer à cette hauteur?

M. Deligny : Il est extrêmement difficile de se prononcer à cet égard, tant on a de peine à se procurer des documents précis. J'ai été frappé cependant de ce fait, qu'en Savoie la scrofule est extrêmement fréquente, tandis que la phthisie est rare. J'ajouterai enfin que, pour ce qui est des stations d'altitude, les malades pourraient ne pas dépasser 800 mètres, puisqu'à cette hauteur la vie microbienne commence à être compromise. Les altitudes extrêmes, Samaden, Saint-Moritz, Davos, ont l'inconvénient d'être très froides.

M. Polaillon donne lecture d'un mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire de la paralysie du nerf radial à la suite des fractures de l'humérus.* (Sera publié.)

M. Richelot : Le massage n'a-t-il pas été employé? Je crois que, combiné avec l'électricité, le massage méthodique eût été excellent pour activer la nutrition du muscle et celle de tout le membre.

M. Polaillon : Le massage n'aurait pas été toléré à cause des douleurs que provoquait le moindre contact.

M. Duroziez lit l'observation suivante de *calcul du rectum* :

Mme X..., 50 ans, vient nous consulter pour une grosseur qu'elle dit avoir dans le rectum. Depuis plus de deux mois, elle n'a pas d'autre préoccupation. Depuis deux ans, elle a de la gêne et il faut remonter à six ans pour pouvoir accuser la magnésie.

Je sens une boule énorme, lisse et très dure. Je prescris des lavements de glycérine, des suppositoires, des purgatifs. Deux jours plus tard, je sens la tumeur, mais voilée par la muqueuse; si je ne l'avais déjà sentie, je croirais que c'est une tumeur placée en dehors du rectum; je trouve enfin un point où elle est à nu; j'écarte la muqueuse et je gratte avec l'ongle; je suis sur un point favorable; si la tumeur s'était présentée par son autre bord, j'aurais désespéré de l'entamer, j'aurais renoncé. Je l'évide et parviens à la fracturer. J'espère que la malade pourra rendre les fragments. Je lui administre un lavement de trois litres et demi; la malade n'éprouve aucun besoin de le rendre; un peu d'exercice détermine une évacuation; elle ne rend que de l'eau sale, aucun fragment. Le lendemain, elle est découragée; elle a pris un second grand lavement, un purgatif; elle a rendu des matières liquides, mais rien de la tumeur qu'elle sent encore monter et descendre. Elle ne peut croire que je l'aie entamée. J'explore de nouveau. Je brise avec le doigt les gros fragments qu'elle n'a pu rendre. J'essaie d'en amener un; je m'arrête, craignant de blesser l'anus. Un nouveau lavement de trois litres et demi amène une quantité de pierres blanchâtres. Mme X... se sent débarrassée. Le lendemain, je ne trouve plus trace de la grosseur. Mme X..., alerte, enchantée, demande à retourner immédiatement à Livry. Elle prendra des lavements et se purgera doucement.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer un amas de matière fécale ayant pris cette forme et cette dureté calcaire. Le diagnostic est fait par la malade qui a constamment envie d'aller à la selle et sent avec le doigt la grosseur dont elle ignore seulement la nature; la boule monte et descend; c'est une préoccupation de tous les instants; la vie est à charge. La magnésie que la malade a prise il y a six ans peut-elle être le noyau de la grosseur? Nous regrettons de n'avoir pas recueilli de fragments pour les analyser. Cette observation est-elle rare? Nous prions nos collègues de nous le dire. Si la tumeur avait résisté partout au grattage, nous eussions décliné notre petite compétence et appelé un chirurgien qui eût dû faire une véritable lithotritie.

M. Reliquet : L'analyse du calcul aurait été utile. Le plus souvent, il s'agit d'agglomération de magnésie. Mais il se peut aussi que ce calcul soit du phosphate ammoniaco-magnésien provenant de la vésicule-biliaire. Il y a plusieurs faits de ce genre et j'en ai observé un très net avec le docteur Cheverlet. Le fait de coliques hépatiques antérieures met sur la voie du diagnostic dans ce cas.

Les faits d'accumulation fécale dans le rectum sont très fréquents. Je l'ai dit souvent ici : « La première chose à faire, quand on est devant une rétention d'urine chez un vieillard, c'est de toucher le rectum. S'il y a accumulation fécale, il faut immédiatement les enlever, et souvent cela suffit pour permettre au malade d'uriner. »

L'amplitude rectale prend souvent des proportions très grandes; de là la facilité avec laquelle des agglomérats volumineux et durs de matières peuvent se loger et se cacher. De là ces évacuations de matières dures, anciennes, que les grands lavements, donnés lentement, le malade étant couché, et avec ma longue canule en gomme, font évacuer au grand étonnement du malade.

Dans ces cas de distension du rectum, il faut insister pour que les malades continuent les grands lavements après l'évacuation complète des anciennes matières. Il y a toujours, dans ces conditions, une irritation et même une inflammation plus ou moins intense de la muqueuse rectale, avec production de mucosités denses en masse ou en ruban, qui irrite l'anus en y passant. Si on ne continue par les grands lavements qui nettoient les replis du rectum, on est exposé à avoir une véritable rectite très doulou-

reuse qui peut très bien ne pas être sans gravité. Je conseille de ne jamais cesser les grands lavements avant que les mucosités rectales aient complètement disparu

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, PELLIER.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous recevons la lettre suivante :

Mon cher collègue,

Notre excellent et savant collègue M. Bouchardat vient de mourir.

Conformément à ses intentions, formellement exprimées, aucune députation en costume ne figurera à ses obsèques, aucun discours ne sera prononcé sur sa tombe, mais chacun d'entre nous voudra, par sa présence, témoigner de l'affection et de la profonde estime que nous avions pour sa personne et pour son caractère.

Le service funèbre aura lieu à l'église Notre-Dame, le samedi 10 avril, à midi très précis.

On se réunira à la maison mortuaire, rue du Cloître-Notre-Dame, 8.

Le Doyen, J. BÉCLARD.

P. S. — La Faculté sera fermée le jour des obsèques.

— Les étudiants en pharmacie ont fait, au cours de M. Chatin, directeur de l'Ecole de pharmacie, une bruyante manifestation, motivée, dit-on, par le refus du directeur de modifier les heures des cours.

Au moment où M. Chatin prenait la parole, les étudiants firent pleuvoir sur sa chaire une grêle de projectiles et crièrent : « Démission! Démission! ». Le cours ne fut interrompu que pendant quelques minutes.

Nouvelle manifestation à la leçon suivante. Bien qu'on eût exigé les cartes d'entrée, le tumulte a été tel que M. Chatin n'a pu faire son cours.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 12 avril. — *Ordre du jour :* 1. M. E. Michel : Rapport sur l'honorariat de M. Barmier. — 2. Rapports de MM. Schwartz, Duchesne et Desnos sur les candidatures de MM. Le Bec, Liégeois et Bréchot. — 3. M. Leblond : Nouvelles observations sur le traitement de la syphilis par le tannate de mercure. — 4. M. Gilson : Des obsessions anxieuses à propos d'un cas d'onomatomanie. — 5. M. H. Collin : Note sur le traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses. — 6. M. Lehmann : Observation d'accouchement triple, suivi de succès. — 7. Discussion sur la péritonite tuberculeuse et sur l'asystolie d'origine hépatique. — 8. Election d'un membre titulaire.

LE VIN DURAND DIASTASÉ convient d'une façon toute spéciale comme toxique et digestif aux vieillards, aux femmes et aux enfants. Il est toujours toléré par les estomacs les plus délicats.

LES PILULES DE QUASSINE FREMINT contiennent chacune 2 centigrammes de quassine amorphe pure. Elles sont préparées au pilulier ordinaire et non à la bassine comme la plupart des pilules ou dragées du commerce. Comme excipient, elles contiennent une certaine quantité d'extraits amers qui les empêchent de durcir tout en augmentant leur efficacité.

ON DEMANDE un médecin militaire ou de la marine retraité ou civil, de 40 à 57 ans, célibataire ou veuf, pour être attaché à une famille résidant tantôt en France, tantôt à l'Etranger. — S'adresser, par écrit ou verbalement, au docteur CHEVALET, boulevard Malesherbes, 92, Paris, visible les lundi et samedi, de deux à quatre heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — II. De Pietra Santa : Les Rapports Jacquot et Keller. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne

Par L.-G. Richelot.

Trachéotomie et laryngotomie. — Observations. — Quelques mots d'historique. — Manuel opératoire. — Discussion. — Conclusion.

Messieurs,

Depuis quelques années s'agite une question de chirurgie opératoire dont l'intérêt me semble encore méconnu par la majorité des praticiens. Il s'agit de savoir si, obligé d'ouvrir les voies aériennes par la « bronchotomie », le chirurgien doit toujours suivre l'exemple de Trousseau en incisant la trachée-artère, ou s'il est permis et avantageux de porter le bistouri plus haut, et de placer la canule dans l'espace qui sépare les deux principaux cartilages du larynx. En d'autres termes, la trachéotomie règne-t-elle encore en souveraine absolue, ou doit-elle céder le pas, dans certaines conditions, à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne?

A deux reprises (1) la Société de chirurgie a été saisie de la question, et la plupart de ses membres ont accueilli avec faveur l'opération de Vicq-d'Azyr remise au jour par Krishaber. Mais plusieurs d'entre nous, en l'acceptant, ont émis sur elle un avis réservé, sans doute parce qu'il leur semblait téméraire de porter la main sur la trachéotomie, et aussi parce que les faits nouveaux, encore peu nombreux, n'autorisaient pas une plus grande hardiesse. Aujourd'hui, je vous apporte un jugement plus ferme, et je pense qu'il y a un intérêt majeur à le faire connaître. Il faut répéter aux praticiens que la trachéotomie *chez l'adulte* est dangereuse et qu'en choisissant la laryngotomie, quand ils le peuvent, ils s'épargnent des difficultés opératoires dont les plus habiles ne sortent pas toujours victorieux. Il faut le répéter à nos internes, qui en sont encore pour la plupart à la trachéotomie, parce qu'ils ont appris à la faire dans les hôpitaux d'enfants, et qui sont ainsi mal préparés aux événements qui peuvent les assaillir.

Pour légitimer cette opinion, j'exposerai d'abord les faits qui me sont personnels, au nombre de cinq.

I. — Ma première observation (19 avril 1881) est publiée dans les Bulletins de la Société de chirurgie et dans l'*Union médicale* (2). Elle a trait à un homme de 60 ans, sur qui j'ai fait l'incision du larynx comme opération préliminaire, avant l'ablation d'un épithélioma très étendu de la bouche et du maxillaire inférieur. L'opération fut très facile, à cause de la simplicité de la région, de la sûreté des points de repère et de l'absence de tout organe dangereux. Je plaçai dans l'espace crico-thyroïdien, divisé par le bistouri sur la ligne médiane, une canule de 9 millimètres. Les cartilages ossifiés basculaient difficilement l'un sur l'autre; je fis la section verticale du cricoïde, dont les deux moitiés, en s'écartant d'un millimètre à

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1878 et 1882.

(2) L.-G. Richelot : *Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, Union méd., 1882, 1er trimestre, p. 894.

peine, agrandirent légèrement l'espace membraneux et permirent à la canule de pénétrer sans effort.

Cette première laryngotomie, faite de propos délibéré dans un cas où rien ne m'empêchait d'ouvrir la trachée, m'apprit qu'on peut aisément, chez l'adulte, par une incision verticale de la membrane crico-thyroïdienne, placer entre les deux cartilages une canule de moyen volume; que la section du cricoïde peut être un utile adjuvant ; que c'est une opération des plus expéditives, où la moindre pince à forcipressure est un auxiliaire suffisant, où l'emploi du thermo-cautère est superflu, où nul vrai danger n'est à craindre. Eviter les plexus veineux thyroïdiens, ouvrir en deux minutes un organe qu'on a sous la main, voilà des avantages qui me séduisaient fort dans l'opération nouvelle. Malheureusement, les faits cliniques nous faisaient défaut; nous n'avions pour nous guider qu'une seule observation française, celle de Krishaber, et le rapport de M. Nicaise à la Société de chirurgie (27 novembre 1878). C'était assez pour entrevoir de nouveaux succès, mais non pour nous rassurer pleinement sur des inconvénients ou des périls imprévus. Nous pouvons seulement aujourd'hui, grâce à l'expérience acquise, sortir de la réserve qui nous était imposée.

II. — En 1882, un homme de 52 ans était couché au n° 21 de la salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu. Entré le 23 septembre, il souffrait depuis un mois d'une dysphagie permanente, et avait remarqué le développement d'une ou deux glandes cervicales. La nature du mal n'était pas douteuse; les ganglions, situés dans la région sterno-mastoïdienne gauche, étaient durs, certainement envahis par un tissu néoplastique. Un spasme très violent rendait l'examen de la gorge à peu près impossible; même difficulté pour introduire dans l'œsophage une olive exploratrice. Je n'insistai pas, mais j'eus la conviction qu'une tumeur épithéliale occupait la partie inférieure du pharynx. Quel que fût l'âge vrai du néoplasme, le malade ne souffrait que depuis un mois, et déjà les solides ne pouvaient plus passer; en peu de jours, les ganglions augmentèrent de volume sous nos yeux; il y avait une gêne progressive de la respiration; tout faisait prévoir une évolution rapide.

Que faire en présence d'une aussi grave situation? Nourrir le malade avec la sonde à demeure, comme on l'a fait depuis quelques années dans les cancers de l'œsophage? L'indication n'était pas formelle, car il avalait facilement les liquides et s'alimentait assez bien. La sténose devant augmenter un jour ou l'autre, on pouvait songer au placement de la sonde à titre préventif; mais comment ce pharynx irritable s'en serait-il accommodé? Urgence douteuse, difficultés probables, je renonçai bien vite à diriger mes efforts de ce côté, un peu découragé d'ailleurs par le développement rapide des ganglions et l'imminence de la cachexie.

Mais un fait commandait bien autrement l'attention, c'était la gêne respiratoire. La malade avait, depuis son entrée, de petits accès de suffocation; les ganglions cervicaux visibles ne comprimaient rien encore, la trachée n'était pas déviée, la voix peu modifiée dans son timbre, tout se passait en arrière et au-dessus des cordes vocales.

Le 30 septembre, un violent accès survint dans la soirée; la nuit fut pénible, agitée; le lendemain matin, nouvel accès moins fort. A la visite du 1er octobre, dyspnée continuelle, tirage et cyanose; l'opération est de rigueur.

Je fais, au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, une courte incision

avec le bistouri; je traverse une couche mince de tissus, sans faire couler de sang; arrivé sur la membrane, je la sectionne verticalement dans toute sa hauteur, puis, me guidant sur l'ongle de l'indicateur, j'introduis dans l'incision la canule à bec de Krishaber. Cette canule était large de 9 millimètres; elle pénétra d'emblée, resta en place sans aucun artifice et fut tolérée parfaitement.

Tous les jours suivants, le malade respirait bien et se croyait sauvé; le 30 octobre, il était encore dans une tranquillité parfaite. Mais la situation changea peu à peu; le 11 novembre, il était devenu très souffrant, la dysphagie avait notablement augmenté, les masses ganglionnaires grossissant à vue d'œil remplissaient la région cervicale, enfin la dyspnée revenait de temps à autre par accès passagers, comme si les voies aériennes subissaient quelque dommage au-dessous de la plaie laryngienne.

Le 20 novembre, le malade avait un cou énorme, bourré de masses néoplastiques, et respirait de plus en plus mal. M. Richet, qui avait repris son service, attribua l'augmentation de la dyspnée au petit volume de la canule et résolut d'en mettre une plus grosse, que le malade réclamait avec instances. Le 26, on n'avait pas encore la canule à bec du volume demandé; une canule ordinaire ne pénétrait pas; M. Richet réussit cependant à l'introduire, après avoir agrandi la plaie et sectionné le cricoïde. Aussitôt la respiration devint meilleure et le malade fut soulagé.

Le faible volume de la canule n'était pas la seule cause de dyspnée, car deux jours plus tard la respiration était loin d'être parfaite. Le 1er décembre, le malade avait toujours de l'anxiété, ses forces diminuaient visiblement. Pendant le mois de décembre et dans les premiers jours de janvier 1883, M. Richet attaqua par les flèches caustiques la masse ganglionnaire et en fit tomber des portions; à la fin, la région cervicale était diminuée de volume, et il y avait sur le côté gauche une plaie sanieuse, bourgeonnante et de mauvais aspect. Enfin, le malade s'éteignit le 19 janvier; jusqu'au dernier jour, la déglutition avait été possible.

La pièce enlevée en totalité nous montre les détails suivants: La dégénérescence épithéliale a transformé en un véritable putrilage toute la paroi pharyngienne en arrière et à gauche; une large perforation existe en arrière, à la hauteur du chaton cricoïdien; la paroi malade se continue avec le foyer de la région cervicale, bouillie sanieuse tout entière située à gauche des voies aériennes, et au sein de laquelle les ganglions ont disparu. J'incise le pharynx en arrière sur la ligne médiane : le néoplasme a envahi la moitié gauche de l'épiglotte et s'arrête à la base de la langue; au lieu des replis aryténo-épiglottiques, deux gros bourrelets cancéreux se touchent sur la ligne médiane et bouchent l'orifice supérieur du larynx; enfin, derrière le chaton du cricoïde, la paroi antérieure du pharynx est également dégénérée, mais cette partie du cartilage est restée solide. J'ouvre la trachée en arrière : le tissu cancéreux a pénétré dans le larynx, détruit les cordes vocales, et s'est arrêté au-dessus de la canule. J'examine avec soin les cartilages : toute la moitié gauche du thyroïde est ramollie, presque détruite; celle du cricoïde a subi le même sort, elle est fracturée en plusieurs tronçons; toutes deux sont en contact avec le foyer cervical, et près d'elles deux ou trois ganglions envahis se reconnaissent encore.

L'orifice qui donnait passage à la canule est un des points intéressants : il est ovalaire, situé entre les deux moitiés du cricoïde; son quart supérieur seul occupe l'espace membraneux. Rien de plus facile à comprendre :

après la section du cartilage normal, ses deux moitiés s'écartent à peine; mais s'il est ramolli ou fracturé, rien n'empêche le corps étranger de les séparer largement et d'abandonner l'espace membraneux pour venir se loger plus bas; c'est ce que fit la grosse canule introduite par M. Richet.

III. — Troisième fait, analogue au précédent, et sur lequel je m'étendrai moins : il s'agit d'un homme de 58 ans, couché au n° 6 de la salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu. Il entra le 7 novembre 1882, souffrant de la gorge depuis six mois, et demandant la trachéotomie. Tirage et accès de suffocation; à droite, un ganglion symptomatique dans la région sterno-mastoïdienne; examen difficile et renseignements vagues. L'âge du malade et le ganglion cervical me firent penser au cancer de l'œsophage ou du pharynx inférieur, avec propagation aux voies aériennes ou œdème sus-glottique; mais je n'eus pas le temps d'approfondir le diagnostic, car le soir du 8 novembre on m'appela d'urgence après deux grandes suffocations, et je trouvai la situation assez grave pour agir immédiatement.

J'incise la peau, le tissu cellulaire, la membrane, sans faire couler de sang. L'espace, où l'ongle de mon index gauche est appliqué, me paraît fort étroit; j'en approche le bec de la canule, et aussitôt je renonce à l'introduire; je reprends le bistouri, j'incise le cricoïde, et enfin la canule est placée. L'opération, fort simple, avait duré trois minutes; mais pourquoi, ici comme sur mon premier malade, avais-je dû faire la section du cricoïde, quand les expériences cadavériques semblent démontrer que son débridement n'est jamais nécessaire? Je pensai alors que le renversement de la tête en arrière, auquel je n'avais pas eu recours, agrandit l'espace en faisant basculer les cartilages, et dispense de la section. Aujourd'hui, je pense que la section peut dispenser du renversement de la tête dans les cas de suffocation extrême et d'urgence absolue.

Le lendemain et les jours suivants furent tranquilles; il y eut seulement, surtout le 10 novembre, une certaine dysphagie. Tout allait bien jusqu'au 20 novembre, sauf un peu de catarrhe bronchique, des mucosités rejetées par la canule, des râles muqueux disséminés dans la poitrine. Le malade sortit le 20 novembre, content et soulagé, portant sa canule et respirant bien, mais il revint quinze jours plus tard et mourut aussitôt dans un accès de suffocation.

J'avais quitté le service de l'Hôtel-Dieu, et ne reçus que dans les premiers jours de l'année suivante la relation sommaire de l'autopsie : poumons farcis de tubercules à tous les degrés, le gauche adhérant partout à la paroi thoracique, sans aucun épanchement pleural. Mais la pièce m'avait été remise, et j'avais pu voir que la muqueuse du larynx était saine, qu'il n'y avait pas d'altérations des cordes vocales; la lésion était un foyer tuberculeux situé entre la lame droite du thyroïde et le chaton cricoïdien, avec dégénération de la face interne de cette lame, de l'aryténoïde correspondant, d'une partie du cricoïde jusqu'à 2 ou 3 millimètres de l'orifice où plongeait la canule. Celui-ci était placé entre les deux moitiés du cartilage, et n'occupait l'espace membraneux que par son tiers supérieur; ici comme chez le malade précédent, la canule était venue se loger dans l'incision élargie du cricoïde, parce que le ramollissement tuberculeux et la fracture pathologique l'avaient permis.

IV. — Un homme de 38 ans, à la suite d'ulcérations syphilitiques, est pourvu d'un rétrécissement du larynx qui le rend aphone et provoque de temps à autre un accès de dyspnée; les cordes vocales sont soudées entre

elles dans leur moitié antérieure. M. le docteur Poyet a vu le malade et lui a proposé d'inciser la cicatrice ou de faire la dilatation progressive de la glotte devenue insuffisante; de toutes façons, l'ouverture des voies aériennes est une opération préliminaire indispensable. C'est alors que le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet n° 17, le 20 mai 1884.

Ayant jugé la situation comme M. Poyet, je procède le 24 mai à la laryngotomie. Comme j'ai tout le temps d'agir, le malade est placé commodément la tête sur un coussin et dans une extension modérée; par cette seule attitude, je sens l'espace crico-thyroïdien s'élargir sous le doigt. Incision de 2 centimètres; en un second temps, division des couches sous-cutanées jusqu'à la membrane; léger écoulement sanguin, pince hémostatique placée à l'angle inférieur de la plaie; puis un coup de pointe à la membrane et rien de plus. Une canule de 9 millimètres, enduite de vaseline, est présentée à cette minime ouverture et introduite par un effort très léger.

Il n'y eut ensuite ni dysphagie ni trouble d'aucune sorte. L'examen laryngoscopique nous permit de voir un peu d'œdème et de rougeur des cordes vocales, qui durèrent un mois environ; puis le malade nous quitta dans le courant de juillet, portant toujours sa canule. J'ai eu de ses nouvelles en décembre 1885; on avait tenté, sans grand résultat, l'incision du rétrécissement laryngé par le galvano-cautère; il parlait distinctement, en voix chuchotée, et respirait bien à l'aide de sa canule, parfaitement tolérée depuis dix-neuf mois.

V. — Il semble que le hasard m'ait favorisé; car, trois mois après l'opération qui précède, une nouvelle occasion se présenta qui me permit de constater une fois de plus les avantages de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, et acheva de m'édifier sur la manière de l'exécuter. Il s'agit cette fois d'un pensionnaire de l'hospice des Ménages, chez lequel je constatai, dans le courant du mois d'août 1884, un cancer de la base de la langue envahissant le côté droit du larynx, avec des ganglions engorgés dans la région cervicale. La dysphagie était peu intense, mais la dyspnée augmentait de jour en jour. Je priai les internes de se tenir prêts à opérer d'urgence; la situation s'aggrava bientôt, et en présence d'une asphyxie menaçante, je fus appelé le 20 août.

Fort de l'expérience acquise, j'opérai vite et avec précision. Le malade, respirant à peine, supportait mal l'extension modérée de la tête. Boutonnière de 2 centimètres à la peau, incision profonde des couches sous-cutanées, coup de pointe à la membrane, introduction d'une canule de 10 millimètres en forçant très peu, en tout quatre temps presque aussi rapides que la parole; l'opération a duré moins d'une minute. Je pense que, sauf des cas bien rares, elle doit toujours se passer ainsi, quand on l'a bien comprise, et qu'on a oublié les descriptions des auteurs. Qui oserait en dire autant de la trachéotomie chez l'adulte, et quel chirurgien prudent s'y aventure sans penser aux dangers qui peuvent l'assaillir et sans avoir sous la main tout un appareil de sauvetage?

A la dyspnée extrême avait succédé un grand calme, qui persista les jours suivants. Le malade respirait bien, la canule était parfaitement tolérée; les ganglions cervicaux furent quelque temps sans grossir visiblement et le néoplasme initial semblait arrêté dans sa marche. Mais bientôt la région cervicale augmenta de volume, les douleurs irradiées devinrent continuelles, le malade s'affaiblit peu à peu, sans dyspnée ni douleur

locale, et enfin succomba le 10 novembre. La canule était restée, fonctionnant bien, pendant quatre-vingts jours.

A l'autopsie, nous trouvons un épithéliome étendu à la base de la langue et au pharynx du côté droit, à la muqueuse tapissant en arrière le chaton du cricoïde, aux aryténoïdes à peu près détruits; la lame droite du thyroïde est en bouillie avec les cordes vocales de ce côté, la partie inférieure de la lame gauche est envahie à son tour. Au milieu de ces désordres, le cricoïde est à peu près intact; il a sa consistance normale, il forme un anneau solide, et la canule, entourée d'ailleurs par le détritus épithélial, repose par sa concavité sur le bord supérieur du cartilage, très légèrement érodé à son niveau. (*A suivre.*)

Les Rapports Jacquot et Keller

Par le docteur DE PIETRA SANTA.

Nous allons emprunter aux remarquables rapports de MM. JACQUOT sur les stations d'Eaux minérales de la France et KELLER sur les Sources minérales exploitées et autorisées en France, adressés aux Ministres du commerce et des travaux publics, les renseignements qu'ils fournissent sur nos principales stations thermales, en commençant par celles de Pougues (Nièvre).

Ces documents confirment l'importance et la valeur des eaux de Pougues, « les premières potables médicamenteuses de France ».

I. — RAPPORT JACQUOT.

« *Pougues-les-Eaux.* — Village du Nivernais, situé non loin de la Loire, à 195 mètres « d'altitude. C'est une des stations du chemin de fer de Paris à Lyon par le Bourbon- « nais, à 241 kilomètres de la première ville et à 13 de Nevers.

« Il a deux sources (Saint-Léger et Saint-Marcel), mais une seule est gazeuse et uti- « lisée, c'est la *fameuse* source Saint-Léger, dont la notoriété remonte aux Valois. Elle a « été analysée pour la première fois en 1778 par Costel, et successivement par Duclos, « Geoffroy et Hassenfratz. En 1837, Boullay et Henry en ont fait une nouvelle étude. Mialhe « y a constaté la présence de l'iode. L'analyse la plus récente et la plus complète est « celle qui a été exécutée en 1884, sous la direction de M. l'ingénieur en chef Carnot, au « bureau d'essais de l'Ecole des mines. Les résultats en sont consignés dans le tableau « suivant :

« Bicarbonates de chaux, de magnésie, de protoxyde de fer, « de potasse, de lithine et de soude.....	2 gr 9694
« Sulfate de soude.....	0 1767
« Chlorure de sodium.....	0 2120
« Silice.....	0 0340
« Matière organique.....	0 0025
« Total.....	3 gr 3846
« Acide carbonique libre.....	2 1178
« Total.....	5 gr 5024

« Il y a, en outre, 2 gr. 1178 d'*acide carbonique libre*.

« L'eau de Pougues est donc *bicarbonatée, calcique, sodique* et *ferrugineuse*. Elle est, de plus, *très gazeuse*.

« La source Saint-Léger, qui prend naissance à l'intérieur du village, est à la température moyenne du lieu, soit 12° centig.

« Sur les lieux, elle est presque exclusivement employée en boisson.

« Il y a à Pougues un établissement renfermant 19 baignoires, 3 bains de siège, 2 salles de grandes douches, uné pour chaque sexe, et 4 cabinets pour douches ascendantes, en cercle, etc.

« L'eau de Pougues est l'objet d'un commerce d'exploitation considérable.

« Par décret en date du 4 août 1867, la source Saint-Léger a été déclarée d'intérêt public. »

II. — Rapport O. Keller.

M. O. Keller divise les eaux minérales en quatre groupes, d'après leur caractère médico-chimique prédominant, savoir :

1° Eaux *sulfureuses* (hydrogène sulfuré à l'état libre, ou à l'état de sulfure alcalin);

2° Eaux *alcalines* (prédominance de la soude à l'état de carbonate ou de bicarbonate;

3° Eaux *ferrugineuses* (sels alcalins ou calcaires accompagnés de carbonate de fer);

4° Eaux *salines* (complexes; caractérisées par le chlorure de sodium; le sulfate de soude; le carbonate ou sulfate de chaux).

Pougues (Nièvre) appartient au 4e groupe, 3e catégorie.

Nature des eaux. — Bicarbonatées, calciques, ferrugineuses.

Situation géologique. — Terrain jurassique.

Température de l'eau. — Saint-Léger 12° C.

Nombre des baignoires. — 25.

Nombre des malades en 1881. — 1,539.

Date des actes administratifs. — Lettres patentes de 1670. — Décret d'utilité publique du 4 août 1860.

III. — Analyse Bovet.

M. le docteur Charles Bovet, Médecin Inspecteur, dans un travail remarquable récompensé par l'Académie de médecine, a rapproché les analyses chimiques faites à diverses époques sur la source Saint-Léger et en a établi la concordance.

S'inspirant des idées de Frezénius, qui ne reconnaît qu'à l'*analyse expérimentale* une valeur réelle et positive, il arrive à cette conclusion :

« L'eau minérale de Pougues-Saint-Léger est remarquable par la proportion d'*acide* « *carbonique* (plus de 3 grammes par litre) et de *bicarbonate de chaux, soude, fer et ma-* « *gnésie* qu'elle contient. »

Ajoutons, en dernier lieu, que notre habile et savant confrère est parvenu à doser l'*iode* et l'*arsenic* dans l'eau minérale de Saint-Léger.

IV. — Les eaux de Pougues au point de vue médical et hygiénique.

Il nous paraît opportun de rappeler deux paragraphes de l'article que nous avons déjà consacré aux eaux de Pougues dans un des numéros du *Journal d'hygiène.*

L'eau minérale de Pougues est froide (température constante de 12° C), claire, limpide, laissant dégager le gaz acide carbonique sous forme de grosses bulles.

Son goût est aigrelet et piquant; agréable au palais, elle devient d'une digestion facile.

Au point de vue chimique, elle contient une proportion considérable de gaz acide carbonique, soit à l'état de liberté, soit à l'état de combinaison avec les carbonates de chaux, de magnésie, de soude et de fer.

Dans la composition des cristaux abondonnés par l'évaporation, les carbonates de chaux prédominent; on peut donc dire que la caractéristique des eaux de Pougues se trouve dans le carbonate de chaux, l'acide carbonique et le peroxyde de fer. Toutefois, en tenant compte de la présence d'une certaine quantité d'iode (découvert par Mialhe), nous pourrons, avec Durand-Fardel, Lebret et Mialhe, dire comme ce dernier, dans un rapport à l'Académie de médecine en 1857 : « La source Saint-Léger doit « occuper une place spéciale dans la classe des eaux *bicarbonatées, calciques, magné-* « *siennes, ferrugineuses* et *iodées.* »

Le premier effet physiologique des eaux de Pougues est d'éveiller l'appétit et d'accroître l'énergie des fonctions digestives; les intestins participent à cette excitation fonctionnelle de l'estomac, et l'appareil urinaire voit sa sécrétion notablement augmentée.

Nous ne chercherons pas à déterminer ici ce qui, dans la manifestation de ces effets physiologiques, revient en propre à chacun des quatre éléments principaux de minéra-

lisation que nous avons signalés plus haut (acide carbonique, carbonate de chaux, fer et iode), parce que tous nos lecteurs savent parfaitement, qu'en dehors des actions locales exercées sur les organes, ces quatre substances font sentir leur influence sur l'économie tout entière par une action générale essentiellement tonique et reconstituante.

Les maladies qui sont plus spécialement tributaires des eaux de Pougues, peuvent, d'une manière générale, être classées dans trois groupes :

1° *Maladies des voies digestives et de leurs annexes (dyspepsies, gastralgies, pyrosis, flatulence, état congestatif du foie, etc.).*

2° *Maladies des voies urinaires (gravelle, coliques néphrétiques, catarrhe vésical).*

3° *Certaines maladies générales comme l'anémie, la chlorose, la goutte et le diabète.*

Les maladies du premier groupe, dans leurs rapports avec la médication de Pougues, ont été étudiées avec beaucoup de soin par Durand-Fardel, Dujardin-Beaumetz, Trousseau, Gallard, Rotureau, Bazin, Chéron, Grisolle, G. Sée, Tessier (de Lyon), de Crozant, Félix Roubaud, etc.

Les succès thérapeutiques obtenus dans celles du deuxième groupe ont été constatés par Dujardin-Beaumetz, Gubler, Grisolle, Mallez, Logerais, Constantin James, etc.

Pour les maladies du troisième groupe, pendant que Bouchardat et Tessier reconnaissent la raison d'être des eaux de Pougues dans le rhumatisme et la goutte, Trousseau, Lecorché, Mialhe et Hardy établissent leurs indications précises dans le diabète sucré (1).

Abordons actuellement l'étude des eaux de Pougues au point de vue hygiénique, alors qu'elles sont administrées en dehors « des *circonstances accessoires* », tenant à la climatologie de la station, à la vie calme qu'on y goutte, à l'absence des émotions anxieuses et factices d'autres thermes en renom (2).

Sans pouvoir entrer, faute d'espace, dans des développements trop circonstanciés, nous croyons que des considérations d'ordre social et moral, que des faits certains, d'ordre médical, nous mettent à même de formuler au point de vue pratique la conclusion synthétique de l'*efficacité des eaux de Pougues*, en tant qu'eaux de *régime*, dans la *prophylaxie* et la *préventibilité des maladies* qui rentrent dans les trois groupes indiqués plus haut.

— Les principes minéralisateurs qui les constituent sont à des degrés variés des *agents de force* et de *reconstitution*.

— L'appétence et la facilité de la digestion qu'elles provoquent sont deux phénomènes à la fois constants et rapidement obtenus.

— L'expérimentation hydrologique de ces dernières années, a démontré l'influence salutaire des eaux à minéralisation moyenne, quand il s'agit de combattre des affections qui minaient lentement, et progressivement, l'organisme avant de se traduire par des états morbides nettement caractérisés.

— Ces manifestations morbides, restées pendant un certain temps à l'état plus ou moins latent, plus ou moins stationnaire, plus ou moins ignoré, sont toujours en relation directe avec notre existence de tous les jours : vie trop sédentaire ou vie de surmenage, anémie urbaine ou névrosisme, excès de travail ou excès de plaisirs, abus de la table ou pénurie d'une bonne alimentation, alcoolisme ou nicotisme, etc., etc.

Si donc, comme l'a démontré l'observation clinique la plus compétente et la plus généralisée, les eaux de Pougues sont efficaces et salutaires dans les maladies qui relèvent immédiatement de l'étiologie qui précède, il n'est pas douteux *qu'elles se mon-*

(1) Hôpital de la Charité. — Étiologie et traitement du diabète : « Pougues est préférable à Vichy, car ses eaux sont plus toniques, en raison du fer et du carbonate de chaux qu'elles renferment. » (Professeur Hardy.)

(2) « La vie de Pougues est exempte d'ennuis; on y goûte les douces jouissances d'une vie heureuse, sans passion, élégante sans faste, intime sans familiarité; c'est la vie de famille avec toutes les convenances du monde, avec toutes les délicatesses d'une bonne éducation. » (D. Félix Roubaud.)

treront souveraines lorsqu'elles seront administrées aux premiers jours de l'ébranlement organique, à titre d'agents de prophylaxie et de médecine préventive.

Dans ces conditions, Durand-Fardel les préconise à cause de leur facile digestibilité.

Trousseau les avait vues très bien réussir « dans les affections gastralgiques et douloureuses de l'estomac, alors surtout qu'elles sont accompagnées de troubles plus ou moins prononcés dans la digestion ».

Bouchut, dans une récente étude, formule ainsi ses indications :

« C'est surtout dans le vertige d'estomac, dans ces cas où, avec des digestions laborieuses, compliquées de flatulence, il y a de la titubation, des migraines, des vertiges à croire qu'on va tomber, qui vous obligent à s'appuyer sur ce qui vous entoure, que l'usage des eaux de Pougues est suivi des effets les plus salutaires. Sous leur influence, les gaz et le gonflement d'estomac diminuent, l'appétit est meilleur, les digestions plus faciles, et dès que l'estomac fonctionne plus régulièrement, la tête se dégage et les vertiges disparaissent. »

Il nous reste maintenant : 1° à dire quelques mots de la valeur réelle de la médication alcaline qui a donné lieu, jadis, à tant de controverses ; 2° à bien spécifier les indications des alcalins à base de soude et celles des alcalins terreux (chaux et magnésie).

Les persévérantes études de Mialhe ont démontré que « la médication alcaline convient dans tous les cas de pléthore, d'accumulation des principes nutritifs, d'excès d'acides engendrés par l'alimentation azotée ».

Martin-Damourette et Hyades, dans une série de communications présentées à l'Académie des sciences, ont établi :

— « Que les alcalins expérimentés à *doses modérées*, sont des agents trophiques ;

— « Qu'ils activent la nutrition et la perfectionnent dans toute la série des actes qui la constituent, et notamment qu'ils *élèvent le chiffre des globules rouges* en favorisant la désassimilation ;

— « Que l'énorme diminution de l'acide urique sous l'influence des eaux alcalines à *faible dose*, rend ces dernières très utiles *dans la prévention et la prophylaxie des affections goutteuses.* »

Finalement, si, de par l'observation clinique, les eaux alcalines sodiques, administrées toujours à doses modérées, sont utilement employées dans les *actes* et dans les *états* morbides présentant une suractivité, c'est-à-dire à l'état de *puissance de la maladie*, les eaux alcalines terreuses, dont Pougues Saint-Léger est le prototype, doivent trouver des *indications certaines et efficaces :* d'une part, quand *il faut amender et combattre l'élément douleur ;* de l'autre, quand il faut marcher hardiment contre l'ennemi qui se dérobe dans les trames profondes de l'organisme, pour prévenir à tout prix l'*imminence morbide !*

Dr DE PIETRA SANTA.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 avril 1886. — Présidence de M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. Jos. BERTRAND donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Vulpian comme secrétaire perpétuel.

Sur l'invitation de M. le PRÉSIDENT, M. Vulpian prend place au Bureau, et, après avoir remercié la compagnie du « grand honneur qu'elle lui a fait », il entre immédiatement en fonctions et se met en devoir de dépouiller la correspondance.

Ce n'est pas toutefois sans avoir reçu de très nombreuses marques de sympathie de la part de ses confrères. Il nous a semblé même que le côté « Muséum » de l'Académie ne lui gardait pas rancune d'une victoire si ardemment disputée, et que les vaincus n'étaient pas les derniers à rendre hommage à son mérite et à sa haute honorabilité. Du moins, son rival d'hier, M. Alphonse Milne-Edwards est venu, avec une parfaite courtoisie, lui serrer chaleureusement la main ; nous croyons donc être l'interprète de

tous en priant l'ancien doyen de la faculté de Paris de recevoir nos très sincères félicitations.

M. Boudet (de Paris) adresse une note sur la possibilité de reproduire photographiquement les objets sans objectif, au moyen de la seule réflexion de la lumière.

A propos de la réclamation de priorité de M. Boudet relativement à l'impression photograghique par l'effluve électrique, M. Tommasi écrit que la publication de M. Boudet est du 20 mars, tandis que la publication de la sienne est du 18.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que M. Boudet avait fait, dès le 3 mars, l'exposition de ses expériences devant la Société internationale des électriciens et que les séances de cette société étant publiques, la priorité paraît bien devoir rester à M. Boudet, de Paris.

M. Brown-Sequard se porte candidat à la place laissée vacante dans la section de médecine et chirurgie par la nomination de M. Vulpian au titre de secrétaire perpétuel.

M. Gréhant adresse une note sur l'élimination par la respiration de l'oxyde de carbone dans les cas d'empoisonnement par cette substance.

L'élimination en nature avait été contestée. M. Kreitz estimait que les trois quarts environ de l'oxyde de carbone se convertissaient au sein de l'organisme en acide carbonique, et que l'expiration ne rejetait guère qu'un quart de l'oxyde de carbone inspiré.

M. Gréhant a repris ces expériences et l'objet de la note d'aujourd'hui est de montrer que la différence des résultats tient au temps que l'on consacre à l'expérience.

En opérant trop vite, on ne recueille, en effet, qu'un quart de l'oxyde de carbone, mais, en prolongeant l'expérience, on finit par recueillir, à peu de chose près, la même quantité de ce gaz que celle qui avait été absorbée.

M. Léon Poincaré, professeur à la faculté des sciences de Nancy, envoie à l'Académie un volume intitulé : *Traité d'hygiène industrielle.*

M. le docteur Galezowski fait hommage à l'Académie d'un beau volume, orné de remarquables gravures, et relatif aux affections des yeux.

M. le Président adresse à M. Chevreul, qui assiste à la séance, les compliments de toute l'Académie à propos du retour à la santé de son doyen vénéré et très aimé. Il l'adjure affectueusement de se ménager à l'avenir, plus qu'il ne le fait d'habitude, de prendre plus de précautions qu'il n'en prend, de songer qu'il y a des saisons différentes dont chacune réclame une hygiène particulière, en un mot, et, pour employer une expression de vieux marin, de « faire de la toile selon le temps ».

M. Chevreul remercie d'une voix forte et qui ne trahit pas le moindre affaiblissement. Il promet de donner bientôt communication à l'Académie des règles d'hygiène qu'il a suivies toute sa vie, et auxquelles, après la saine constitution qu'il a reçue de ses parents, il attribue la conservation de sa santé et la prolongation de sa verte vieillesse.

Nous prenons acte de cette promesse. Il y a longtemps que, pour la première fois, nous avons émis le vœu que tous les vieillards, parvenus sans infirmités au delà de la 80e année, voulussent bien nous faire connaître, par le menu, leur manière de vivre.

Ce vœu, jusqu'à présent, n'a pas été exaucé, ou ne l'a été que d'une manière trop incomplète. C'est cependant la réunion, en assez grand nombre, d'observations de ce genre qui nous semble devoir être la base sans laquelle l'hygiène ne sera jamais qu'un recueil de conseils, peut-être rationnels, mais certainement discutables.

M. Blanchard annonce que le Muséum a reçu des collections très intéressantes concernant la faune du Tonkin, et qu'on a pu déjà classer 150 espèces d'insectes propres à ce pays, ou venant des pays voisins.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, un travail sur les meilleurs modes de pansements aseptiques dans la chirurgie d'une armée en campagne.

M. d'Arsonval met sous les yeux de l'Académie un modèle du calorimètre employé dans les laboratoires du Collège de France. C'est un appareil qui peut renfermer des animaux de toutes tailles, et même un homme, et au moyen duquel on mesure avec précision la quantité de chaleur produite par les sujets en expérience.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

FORMULAIRE

Lotion contre le pityriasis. — H. Gueneau de Mussy.

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	0 gr. 60 centigr.
Glycérine pure.....	30 grammes.
Hydrolat de roses.....	125 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en lotions contre le pityriasis du cuir chevelu. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans le n° 29 du 28 février, à l'article « Hygiène de l'Enfance », nous avons dit par erreur que la « Phosphatine Falières » se préparait au lait et au *bouillon;* c'est au lait et à l'*eau* qu'il faut lire.

— A l'occasion des fêtes de Pâques, et conformément à l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, la Faculté de médecine sera fermée du dimanche 18 avril au lundi 3 mai 1886.

Institut Pasteur. — Les souscriptions suivantes nous sont officiellement annoncées :

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.....	320 francs.
Académie des arts et belles lettres de Clermont-Ferrand..	100 —
Conseil municipal de Royat.....	100 —

— L'Association française pour l'avancement des sciences vient de voter, à titre d'encouragement pour leurs travaux, à un certain nombre de savants les subventions suivantes :

M. Delage, pour aider à la reproduction héliographique des particularités intéressantes de l'anatomie d'une baleine échouée à Langrune, 1,200 francs. — M. Viallanes, pour contribuer à des recherches sur la photographie microscopique, 600 francs. — M. G. Pouchet, pour la construction d'un thermomètre enregistreur sous-marin, 400 francs. — M. Sabatier, pour la continuation de ses recherches sur la sexualité, 500 francs. — M. Marey (de l'Institut), pour contribuer aux dépenses nécessités par ses recherches de physiologie, 2,000 francs. — M. Topinard, pour aider à l'établissement d'une carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux, 1,500 francs, — M. Andouard, pour la continuation de ses recherches sur les laits (subvention Brunet), 1,000 francs. — M. Magnin, pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux, 300 francs. — M. Daleau, pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques, 250 francs. — M. Nicolas, pour aider à la continuation de ses recherches anthropologiques, 300 francs. — M. Dehérain, pour l'achat d'une étuve destinée à des recherches de physiologie végétale, 600 francs. — Société d'anthropologie de Lyon, pour contribuer aux fouilles des tumulus de la région de Bourgoin, 500 francs. — Laboratoire de Wimereux, pour contribuer à l'achat d'une collection des animaux marins de la Méditerranée, 500 francs. — MM. Testut et Dufourcet, pour les fouilles des tumulus sous-pyrénéens, 500 francs. — Académie d'Hippone, pour contribuer à la publication de ses travaux, 300 francs. — Souscription au fonds d'encouragement, pour l'étude de la tuberculose, 200 francs. — M. Proromans, pour contribuer à des recherches de chimieorganique, 500 francs. — Bourses de sessions, 500 francs.

— La Société nationale de médecine de Marseille décernera, à la fin de l'année 1886, le prix Rampal, de la valeur de 500 francs, au meilleur mémoire manuscrit sur le sujet suivant : « Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite des opérations ayant nécessité l'ouverture du péritoine. »

Les mémoires doivent être adressés dans les formes académiques à M. le docteur Mireur, secrétaire général, 1, rue de la République, à Marseille, avant le 15 novembre 1886.

Concours. — Le jeudi 13 mai 1886, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

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

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 12 avril, et sera clos le mercredi 28 avril, à trois heures.

— Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du bureau central d'admission sera ouvert le lundi 24 mai 1886, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 5 mai, à trois heures.

Nécrologie. — Le *Lyon médical* annonce la mort de M. le docteur Henri Pernot, brusquement enlevé à l'âge de 44 ans par une pneumonie infectieuse.

Henri Pernot était né à Autun, où il fit ses premières études. Elève de l'Ecole de médecine de Lyon et de la Faculté de Montpellier, il publia une excellente thèse sur la piqûre anatomique et sur son traitement.

Peu de temps après, médecin requis à l'hôpital militaire de Lyon, il fut envoyé aux ambulances de l'armée de l'Est, où ses services distingués lui firent donner la décoration de la Légion d'honneur. Pernot, malgré ses nombreuses occupations et fonctions de médecin du Dispensaire, du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée, et de médecin des Prisons, publia plusieurs travaux estimés d'hygiène et d'anthropologie criminelle. Sa brochure sur les dangers que fait courir à la population de la rive gauche du Rhône la présence des fossés d'enceinte fut honorée d'une récompense de la Société nationale de médecine.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 avril 1886, à quatre heures très précises, au Palais de justice dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Vote sur la candidature de M. de Castro au titre de membre correspondant étranger à Alexandrie — 2. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — 3. De la responsabilité du pharmacien dans l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques, par M. Yvon. — 4. Rapport de M. Brouardel sur un cas de responsabilité médicale. — 5. Rapport de M. Descoust sur un cas d'asphyxie par strangulation.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8° de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 27 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-H. Petit : Des opérations plastiques sur le palais. — II. Thérapeutique : Sur l'emploi du salicylate de soude. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier.

Des opérations plastiques sur le palais

(*Uranoplastie ; — palatoplastie ; — staphylorrhaphie*).

Deux articles récents du professeur Trélat, insérés dans la *Revue de chirurgie* des mois de février 1885 et 1886, viennent de rappeler l'attention sur ce sujet.

Nous nous proposons donc, en nous appuyant sur ce travail et sur d'autres un peu antérieurs, de résumer brièvement les indications de l'intervention chirurgicale dans les divisions et perforations palatines, et les procédés opératoires les plus en faveur actuellement.

I. *Indications et contre-indications de l'uranoplastie dans les divisions congénitales. Age auquel il convient d'opérer.* — Les chirurgiens sont à cet égard divisés en deux camps : les uns, considérant les dangers de mort résultant de la difficulté de l'alimentation, se prononcent pour l'opération hâtive, pratiquée dans les premiers mois de la naissance (Billroth, Rouge, Simon, Langenbeck, etc.); les autres, tenant compte surtout des résultats fournis par la restauration de la voûte palatine au point de vue de la phonation, préfèrent l'opération tardive, pratiquée lorsque l'enfant a atteint l'âge de raison.

Les partisans de l'opération hâtive sont aussi d'avis qu'il faut réparer la difformité en plusieurs fois, lorsque celle-ci atteint en même temps l'arcade dentaire et la voûte palatine.

La première opération consiste dans la correction du bec-de-lièvre; que celui-ci soit simple ou avec saillie de l'os intermaxillaire, la réunion de la lèvre supérieure a certainement pour résultat d'empêcher l'écartement de s'agrandir et même de favoriser le rapprochement des deux parties de la fente maxillaire. Il est bien entendu que la réunion de l'arcade dentaire ne peut que favoriser davantage ce rapprochement. Cette opération doit être faite le plus tôt possible, immédiatement même après la naissance. Les partisans de l'uranoplastie tardive admettent également cette manière de procéder.

La seconde opération, qui comprend la restauration de la voûte palatine, est, pour les partisans de la réparation hâtive, renvoyée à la fin de la première année, après le huitième mois (Otto Weber, Billroth, Rouge); mais la restauration du voile du palais est remise à un âge plus avancé, après 7 ans (Langenbeck, Billroth, Simon), parce que, d'après eux, la réunion du voile est beaucoup plus dangereuse que celle de la voûte, à cause de la gêne qu'elle imprime à la déglutition et de la facilité avec laquelle s'enflamme le pharynx.

Les partisans de l'opération tardive, et M. Trélat est de ce nombre, se basent sur les dangers de l'opération pratiquée avant l'âge de 7 ans, et sur son inutilité, parce que la phonation ne peut se rétablir que si elle a été l'objet d'une éducation spéciale avant l'opération. « C'est, dit-il, l'éducation qui crée les grandes différences de langage entre les individus atteints de lésions semblables; c'est l'éducation qui explique comment l'un parle mal avec une petite fente, et l'autre, bien ou beaucoup mieux avec une grande

fente. C'est elle qui triomphe des vices de conformation les plus étendus; elle qui transforme la parole chez le même individu, et qui le fait bien parler avec un palais restauré dont il ne faisait aucun bon usage depuis plusieurs années. On apprend à se servir d'un palais rétabli par la suture comme on apprend à se servir d'un palais artificiel. Il faut soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où ils essayent leurs premiers mots jusqu'à l'opération, et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire. »

Cependant, tout récemment (1885), Morgan (de Londres), tout en proclamant la nécessité de l'éducation vocale après l'opération, soutenait que celle-ci pouvait être faite après l'âge de 2 ans 1/2.

La réussite dépend aussi de la largeur de la perforation et de celle qu'on peut donner aux lambeaux destinés à la boucher. Si la division ne comprend qu'une partie du voile, la staphylorrhaphie suffira; si elle porte sur tout le voile, jusqu'à la voûte osseuse, ou si elle a atteint une partie de la voûte, il faut recourir à l'urano-staphylorrhaphie, avec formation de lambeaux.

Il faut aussi tenir compte de la longueur de la division palatine : « La grande longueur de la division est une difficulté, dit M. Trélat, mais n'est point un obstacle; tout au plus pourra-t-elle conduire le chirurgien à faire l'opération en deux temps : d'abord la partie palatine rapprochée du rebord alvéolaire; plus tard, le reste de la voûte et le voile. »

Mais d'habitude l'écartement des bords s'accroît avec la longueur de la division. C'est alors qu'il faut étudier les largeurs comparées de la fente, d'une part, et les deux parties latérales destinées à fournir les lambeaux, d'autre part. C'est au niveau de la dernière molaire que ces parties latérales ont ordinairement leur plus grande étroitesse. Si celle-ci est telle qu'on ne puisse trouver en ce point une largeur de 12 à 13 millimètres à donner au lambeau, l'opération se présente dans des conditions défavorables; si on ne peut trouver que 10 millimètres, il vaut mieux y renoncer.

Les grandes et larges divisions, celles qui correspondent à un ancien bec-de-lièvre double, ne peuvent pas être guéries par l'opération plastique, et doivent être traitées, suivant les cas, soit par les appareils prothétiques, soit par les exercices de prononciation sans appareil, car un certain nombre de ces infirmes arrivent à parler d'une manière très intelligente. »

Autres contre-indications à l'opération. — Outre les contre-indications tirées de l'âge et des dimensions de la fissure palatine, il en est d'autres qui sont imposées par l'état général du malade, ou par l'état local, ou même par l'époque de l'année à laquelle on doit opérer.

On comprend facilement que, les enfants étant souvent atteints de fièvres éruptives, de diphthérie, etc., et celles-ci laissant après elles un affaiblissement plus ou moins grand de la constitution, cause d'insuccès pour les opérations qui cherchent la réunion immédiate, on ne puisse pratiquer l'uranoplastie avant que l'état général soit entièrement redevenu favorable à cette réunion. Il faut donc attendre un certain temps, plusieurs mois même, après la fin de la maladie, pour intervenir.

Cette prédisposition de l'enfance aux affections éruptives, etc., constitue une contre-indication dont il faut tenir grand compte au point de vue de l'époque de l'année où ces affections sévissent avec le plus d'intensité, le printemps et l'automne, les mois de mars, avril, octobre et novembre en particulier. On sait d'ailleurs, depuis les travaux de Paget, Gee, Howard

Marsh, etc., que le traumatisme semble ouvrir une porte d'entrée à la scarlatine et à la rougeole, accélérer leur incubation et hâter leur éruption; aussi est-il prudent, chez les enfants qui n'ont pas encore acquis l'immunité à ces affections par une atteinte antérieure, de ne pratiquer l'uranoplastie que dans les mois intermédiaires à ceux que nous venons de mentionner.

Les divisions de la voûte palatine s'accompagnent en général d'un état congestif, subinflammatoire, de la muqueuse voisine, indiquée par la rougeur de cette muqueuse, son boursouflement, des mucosités épaisses, des croûtes, etc. De plus, les enfants sont, par leur sensibilité au froid, exposés à contracter des angines; il convient donc de tenir compte aussi de ces conditions locales et de prescrire pendant plusieurs jours avant l'opération, un traitement soit curatif de l'état inflammatoire habituel, soit préventif de l'angine possible (repos à la chambre).

Perforations traumatiques ou pathologiques. — En cas de perforations traumatiques, on peut, si la plaie est nette et sans perte de substance, pratiquer la suture immédiatement; dans le cas contraire, attendre que les parties contuses ou sphacélées (plaies par arme à feu) soient éliminées, pour opérer, suivant l'étendue de la perte de substance, en employant l'un des procédés que nous indiquerons tout à l'heure.

Lorsque la perforation palatine est de nature syphilitique ou scrofuleuse, cette cause constitue encore une contre-indication à l'opération, à moins que la lésion locale ne soit entièrement cicatrisée, et encore faut-il attendre un certain temps, parce qu'on voit le plus souvent se rétrécir beaucoup et quelquefois même guérir spontanément des solutions de continuité très larges, consécutives à des altérations syphilitiques ou scrofuleuses, dès que les séquestres sont détachés.

Dieffenbach en a l'un des premiers cité quelques exemples remarquables.

Il faut encore, comme le recommande M. Verneuil, que le malade ait suivi un traitement spécifique pendant un temps suffisamment long, parce que l'état constitutionnel du sujet peut faire manquer la réunion par première intention. Krimer, Roux, Diday, Pancoast, Baizeau, Verneuil, etc., ont publié des cas d'insuccès dus à cette cause.

II. *Méthodes et procédés opératoires.* — Les divers procédés employés dans l'uranoplastie font partie des méthodes suivantes :

1° Dissection des parties molles de la voûte palatine, sans formation de lambeaux (Roux, procédé par glissement);

2° Section simple du voile palais, avivement et suture. C'est le second procédé employé par Roux, dans les cas de division de la voûte compliquant celle du voile;

3° Formation de lambeaux renversés ou tordus autour d'un pédicule (procédé par renversement ou de Krimer);

4° Formation de lambeaux quadrilatères allongés, libres en avant (troisième procédé de Roux);

5° Formation de lambeaux périostiques en pont (procédés par déplacement latéral);

6° Formation de lambeaux osseux (uranoplastie ostéo-muqueuse).

Citons seulement pour mémoire, quelques procédés bizarres dans lesquels, pour boucher une perforation palatine, on emprunta un lambeau à la face dorsale de la langue; à la lèvre atteinte de bec-de-lièvre (Sanson); à

la région frontale (Blasius, Nussbaum); à la peau des joues (Dieffenbach); à la lèvre (Regnoli); à la paroi latérale du pharynx (Sédillot).

Les seuls procédés actuellement employés sont des dérivés de la *méthode en double pont*, qui consiste à aviver le pourtour de la perforation, en enlevant une bandelette étroite de la muqueuse ou en l'incisant seulement; à former les lambeaux muco-périostiques par deux incisions latérales et à les détacher par leur face profonde, de façon à les laisser adhérents à leur partie antérieure et postérieure; on réunit ensuite leurs bords internes par la suture. Dans certains cas, on coupe les muscles du voile du palais pour faciliter le rapprochement des lambeaux.

L'adhérence du périoste est tellement intime à la muqueuse palatine, que celle-ci ne fait avec lui en quelque sorte qu'une seule membrane, et que, en voulant décoller l'une, on enlève l'autre du même coup. Aussi peut-on dire que tous les chirurgiens qui ont formé des lambeaux pour pratiquer l'uranoplastie ont fait des lambeaux périostiques. Aussi, lorsqu'en 1858 M. Baizeau fit de propos délibéré l'uranoplastie périostique, avait-il été en réalité précédé dans cette voie par Roux, Dieffenbach, Mutter, Warren, Avery, Pollock, Field, etc. Mais c'est seulement lorsque M. Ollier eut démontré les propriétés ostéogènes du périoste qu'on mit plus de soin à sa dissection et qu'on se proposa de l'utiliser pour la réparation de la voûte palatine. M. Langenbeck, pour qui on réclama la priorité de cette opération, ne fit donc qu'appliquer les idées de M. Ollier. Sans revenir sur cette question de priorité, qui est maintenant résolue sans conteste, on peut rappeler que, si M. Verneuil a pu dire avec raison que la staphylorrhaphie paraît avoir été découverte quatre fois au moins, la palatoplastie n'est pas moins riche en inventeurs. Dieffenbach, Avery, Baizeau, Langenbeck ont des droits presque égaux à la paternité du meilleur mode de réparation des fissures du palais (Rouge).

Diverses modifications, inspirées le plus souvent par des cas exceptionnels, ont été apportées au procédé à double pont.

En 1872, M. Lannelongue, dans un cas de division très large, mais où la cloison nasale s'implantait sur l'une des branches de cette division, tailla sur cette cloison un lambeau carré adhérent par sa base au bord de la perforation, aviva l'autre bord et abaissa ce lambeau, qu'il fixa par cinq points de suture. Cette opération réussit et plus tard la restauration fut terminée par le procédé à double pont; il ne resta qu'un petit pertuis qui finit par se fermer (*Bull. Soc. de chir.*, 1872, p. 566).

Rouge et M. Trélat (th. de Ward, 1882, p. 13) n'ont eu que des insuccès par ce procédé, que M. Lannelongue a employé cinq fois avec succès (*Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1876, p. 469).

Dans des cas où la perte de substance de la voûte palatine était très large, et où les dents manquaient, Rouge et Rose ont taillé les lambeaux jusque sur la gencive et même sur la face interne de la joue.

Dans le but d'éviter la gangrène des lambeaux, M. Lannelongue imagina un autre procédé. Il pratiqua, parallèlement aux bords de la perforation et à plus de 1 centimètre de distance de ceux-ci, deux incisions dépassant un peu en avant et en arrière les limites de la perte de substance. Il décolla ensuite ces deux lambeaux à leur bord externe, dans une largeur de 3 à 4 millimètres, de façon qu'ils adhéraient encore au pourtour de la fente dans une largeur de 6 à 8 millimètres; sept jours plus tard, il acheva l'opération

par le décollement complet et la suture. Dans un cas de perforation syphilitique opéré de cette manière, le succès a été parfait.

En agissant ainsi, M. Lannelongue s'est basé sur cette donnée de la physiologie pathologique, d'après laquelle de nouveaux vaisseaux se développent dans chacune des lèvres d'une plaie et y créent une circulation suffisante, quoique indépendante l'une de l'autre. Les lambeaux étant formés par les incisions latérales, on les décolle un peu à leur face profonde et on les abandonne à eux-mêmes pendant quelques jours ; au bout de ce temps (sept jours d'après M. Lannelongue), la circulation étant assurée dans les lambeaux, on les détache en entier à leur face profonde et on les suture comme dans le procédé de Baizeau (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1872, p. 197).

Pour prévenir cette gangrène des lambeaux, MM. Langenbeck, Tillaux, etc., ont recommandé de faire les incisions libératrices très près des arcades dentaires, afin de ménager l'artère palatine postérieure.

(*A suivre.*) L.-H. PETIT.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du salicylate de soude.

De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée en pratique : C'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme il a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà les avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on observe généralement : 1° la cessation rapide des douleurs; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse, les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus, on voit disparaître en deux ou trois jours les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais, quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le salicylate de soude, on devra s'assurer de la pureté du produit et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition comme la Solution Clin, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les bons effets. Cette Solution contient très exactement 2 grammes de Salicylate de Soude pur par cuillerée à bouche et 0,50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy a fourni des indications précieuses pour l'emploi du salicylate de soude :

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abréger la maladie le plus possible, afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, je veux parler du salicylate de soude. J'ai toujours obtenu par son emploi une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L'effet est survenu

quelquefois vingt-quatre heures après l'administration de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie, qui ne peut ainsi durer que trois, quatre ou huit jours seulement au lieu de six semaines autrefois.

« Je commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent. »

En résumé, le salicylate de soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales aiguës et chroniques, et la Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Des résections orthomorphiques; discussion. — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — Du cathétérisme rétrograde. — Du microbe des granulations de la conjonctive et de la cornée.

M. Verneuil fait une communication sur les résections orthomorphiques. Il présente un petit malade de 11 ans, auquel il a pratiqué avec succès la tarsotomie pour un cas de pied-bot, et met sous les yeux de ses collègues les moules de ce pied avant et après l'opération.

Cet enfant marchait beaucoup malgré sa difformité et ne souffrait pas sensiblement. Mais le père, facteur rural, trouvait que son fils ne marchait pas encore assez bien à son gré; c'est pourquoi le petit malade fut adressé à M. Verneuil.

M. Verneuil, reconnaissant que le cas n'était pas justiciable de la ténotomie et du traitement orthopédique, se décida à pratiquer l'opération, et la commença sans avoir arrêté le choix d'un procédé quelconque, décidé à n'enlever que juste ce qui lui paraîtrait nécessaire pour obtenir la rectification de la difformité *sans violence*. Il dut enlever successivement l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde et la moitié antérieure du calcanéum, pour arriver à ramener le pied dans l'axe de la jambe. Le résultat immédiat fut une large plaie béante avec un pied flottant dans tous les sens. Une simple attelle plâtrée servit à le maintenir, tandis que la plaie, laissée ouverte à dessein fut pansée à la gaze iodoformée.

Il ne se produit aucun accident. Ultérieurement, de nouvelles attelles plâtrées furent appliquées pour rectifier de plus en plus l'attitude du pied.

L'ensemble du traitement a duré deux mois, après lesquels l'enfant a pu marcher beaucoup mieux qu'avant l'opération. C'est un succès thérapeutique en même temps qu'un succès opératoire.

M. Le Dentu a été très favorablement impressionné par les résultats de l'opération de M. Verneuil; il ne pensait pas que cette énorme brèche opératoire, avec un pied qui ballottait de tous les sens, pût se combler heureusement. Aussi se propose-t-il de pratiquer la même opération chez un adulte atteint de difformité semblable aux deux pieds, et qu'il n'a pas osé opérer jusqu'à ce jour.

M. Championnière a fait une opération semblable dans un cas de pied-bot paralytique et il a obtenu la réunion de la plaie en vingt jours. Il a cru devoir conserver la malléole externe, contrairement à la pratique de la plupart des chirurgiens, et il s'en est

bien trouvé, car le pied s'est peu à peu redressé et le malade, qui marchait sur le bord externe, peut marcher aujourd'hui sur la face plantaire. Le même fait s'est produit chez le petit malade de M. Verneuil, et il est curieux de voir que le moule de son pied représente un redressement moins parfait que celui qu'on observe sur le petit opéré lui-même. Il y a donc lieu, en pareil cas, de conserver, au moins provisoirement, la malléole externe, sauf à l'enlever plus tard s'il est nécessaire.

M. Léon Le Fort est d'avis que la tarsotomie est surtout applicable aux adultes et même aux enfants de l'âge du petit opéré de M. Verneuil. Mais, quand il s'agit d'enfants plus jeunes, il lui paraît préférable de pratiquer le redressement sans opération sanglante et de le maintenir à l'aide de l'appareil plâtré et silicaté. M. Le Fort a obtenu ainsi le redressement à peu près complet de pieds-bots aussi difformes que celui du malade de M. Verneuil.

M. Th. Anger a dans son service un double pied-bot paralytique auquel il a pratiqué successivement, sur l'un des deux pieds, d'abord la ténotomie, puis la tarsotomie, enfin l'amputation. Il reste encore à cet enfant un pied-bot, et M. Anger serait heureux si M. Verneuil voulait bien se charger de l'opérer au cas où il jugerait la tarsotomie applicable.

M. Maurice Perrin pose à M. Verneuil la question suivante : Ne vaut-il pas mieux enlever un *coin* osseux que de faire l'ablation des os dans leur totalité ? On est sûr de n'enlever que ce qui est nécessaire pour le redressement.

M. Verneuil répond qu'il a obéi au principe de n'enlever que le nécessaire ; s'il a saisi chaque os individuellement, c'est qu'ainsi l'opération est plus facile, mais il a procédé par ablations successives, afin de s'arrêter en temps utile.

Avec M. Championnière, M. Verneuil pense qu'il convient de ne pas toucher à la mortaise tibio-péronière, et, par conséquent, de conserver la malléole externe pour la solidité du pied. Il pense, d'ailleurs, que, dans le cas dont il s'agit, la solidité du pied de son petit malade est due en grande partie à l'épaisseur de la couche inodulaire obtenue grâce à la précaution prise de laisser la plaie largement ouverte.

M. Trélat est d'avis que la réunion primitive n'est pas incompatible avec la formation d'un tissu cicatriciel solide ; ce travail ne se fait pas avec moins d'énergie dans la profondeur des tissus réunis qu'à la surface d'une plaie ouverte.

— M. Nicaise, à l'occasion de l'intéressante communication de M. Richelot sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, croit devoir compléter ce qu'il a dit dans les rapports qu'il a faits sur le même sujet en 1878 et en 1882, en rappelant particulièrement les conditions anatomiques de l'opération et les expériences auxquelles il s'est livré sur le cadavre.

La laryngotomie crico-thyroïdienne est d'une exécution facile ; les branches artérielles et veineuses sont généralement de petit calibre ; quelquefois cependant on rencontre des veines assez volumineuses, de même que la membrane crico-thyroïdienne peut être recouverte par la partie moyenne du corps thyroïde.

M. Nicaise conseille de faire sur le ligament crico-thyroïdien une incision verticale, puis d'y ajouter deux petites incisions transversales, pour éviter les déchirures de la muqueuse que M. Nicaise a constatées plusieurs fois dans ses expériences sur le cadavre ; mais ces petites incisions ne sont pas nécessaires si on emploie la canule à bec de Krishaber, de diamètre approprié.

Le choix de la canule est d'une grande importance. Si elle est trop volumineuse, non seulement elle produit des décollements et des déchirures du ligament et de la muqueuse, mais encore une fracture du cartilage cricoïde à la partie antérieure, particulièrement chez les sujets déjà avancés en âge, ainsi que M. Nicaise l'a constaté souvent. Cette fracture est plus fréquente si le cricoïde a été entamé par le bistouri.

La canule devra avoir, en moyenne, chez la femme, de 8 à 10 millimètres ; chez l'homme, de 9 à 11. La section du cartilage cricoïde, qui ne paraît pas présenter beaucoup d'inconvénients, permettra de l'introduire plus facilement.

Dans certains cas, l'opération de Vicq-d'Azyr devient une opération de nécessité, à cause d'une hypertrophie du corps thyroïde, ou de la présence de vaisseaux volumineux en avant de la trachée. Elle conviendra également chez les individus dont le cou est très court.

Toutefois, M. Nicaise n'oserait dire, avec MM. Verneuil et Richelot, que l'opération de Vicq-d'Azyr doit, d'une façon générale, remplacer la trachéotomie. Le nombre des observations ne lui paraît pas encore assez considérable pour permettre de se prononcer. Il faut distinguer les cas dans lesquels la canule devra rester en place pendant la vie du malade, comme dans les cancers du larynx, de ceux dans lesquels la canule pourra être retirée au bout de quelque temps. Nous savons, d'après les observations de M. Richelot, que, dans le premier cas, l'opération donne de bons résultats, mais nous n'avons pas d'observation qui permette de juger ce que devient le larynx après l'ablation de la canule, comment il fonctionne et s'il reste parfois une fistule au niveau de l'espace crico-thyroïdien.

En résumé, dit M. Nicaise en terminant, l'opération de Vicq-d'Azyr doit prendre place dans la pratique chirurgicale; elle est, dans certains cas, une opération de nécessité, et, dans d'autres, elle pourra remplacer avantageusement la trachéotomie, quand il s'agit de placer une canule définitivement à demeure, comme dans les cancers du larynx, par exemple.

— M. Monod lit un rapport sur deux observations intéressantes adressées, l'une par M. le docteur Cauchois (de Rouen), l'autre, par M. le docteur Douart, médecin-major à Bourges, dans lesquelles le cathétérisme rétrograde, fait au cours d'uréthrotomies externes difficiles, a permis de mener à bien des opérations qui, sans cette ressource, seraient restées inachevées.

M. le rapporteur profite de cette occasion pour présenter quelques considérations générales au sujet du cathétérisme rétrograde, des indications de cette opération et des procédés qui peuvent être employés pour l'exécuter.

Des ces considérations, M. le rapporteur conclut que le cathétérisme rétrograde peut, dans certains cas déterminés de rétrécissements infranchissables, ou de ruptures traumatiques de l'urèthre, soit même peut-être, mais à titre tout à fait exceptionnel, chez certains prostatiques, rendre de réels services.

L'opération peut être exécutée dans deux conditions très différentes, soit à travers une ouverture existant à l'hypogastre et résultant d'une ponction antérieurement faite, soit à travers un orifice créé à cet effet par ponction ou par taille, ce dernier moyen étant celui auquel on devra souvent donner la préférence.

Il faut savoir gré, dit M. le rapporteur en terminant, à M. Cauchois et à M. Douart d'avoir, avec M. Duplay, attiré l'attention sur ce dernier procédé, qui ne peut manquer d'étendre le champ d'action du cathétérisme rétrograde, ressource thérapeutique parfois précieuse, peut-être de nos jours trop négligée.

— M. Poncet (de Cluny) met sous les yeux de ses collègues des préparations micrographiques montrant les microbes des granulations de la conjonctive et de la cornée. Ces préparations prouvent, contrairement à ce qui a été dit, que le microcoque de la conjonctivite et de la kératite granuleuses n'a aucune analogie avec le microcoque de la gonorrhée. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 avril 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Tuberculose infantile et hérédo-tuberculose bacillaire. — Anévrysme volumineux de l'aorte abdominale et calculs des voies biliaires absolument latents pendant la vie. — Pieds tabétiques. — L'eau et la nutrition. — Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde.*

A l'occasion du procès-verbal, M. Joffroy dit qu'il a recherché à quel nombre s'élevaient les cas intérieurs de fièvre typhoïde observés par lui; il n'a pu en relever que 3 sur 310 observations; ces 3 cas concernent un tuberculeux et deux infirmiers. Sans

nier ni affirmer la réalité de la contagion directe, il se croit au moins le droit de déclarer que la fièvre typhoïde est bien faiblement contagieuse, d'une contagiosité qui ne peut être aucunement mise en parallèle avec celle de la variole ou de la diphthérie.

M. Landouzy lit en son nom et au nom de M. Queyrat, qui était son interne l'année dernière, une communication sur la *tuberculose infantile*. M. Landouzy rappelle que, jusqu'ici, les auteurs des traités de maladies des enfants ont déclaré que la tuberculose était très rare au-dessous de 2 ans; ainsi M. Hervieux, ayant pratiqué 996 autopsies d'enfants, n'avait trouvé que 18 fois des lésions tuberculeuses chez des enfants au-dessous de 2 ans, et 10 fois chez des enfants de moins d'un an.

Les recherches entreprises par MM. Landouzy et Queyrat à la crèche de l'hôpital Tenon les ont conduits à des résultats bien différents. En 1885, dans cette crèche qui contient 26 lits de mères et 26 berceaux, ont passé 339 enfants; il y a eu 61 décès; 36 autopsies ont été faites et 11 fois des lésions tuberculeuses ont été rencontrées.

La cause principale du désaccord entre l'opinion ancienne et les faits apportés par M. Landouzy tient à ce que nous possédons aujourd'hui dans l'examen bactériologique un moyen anatomo-pathologique de dépister la tuberculose dans certaines de ses modalités jusqu'ici méconnues, qui sont comme la monnaie de l'ancienne tuberculose classique. Ainsi telles broncho-pneumonies dites *a frigore* ou rubéoliques et qui, à l'œil nu, ne présentent pas un aspect tuberculeux, sont bien et dûment de nature tuberculeuse, puisque l'examen histologique et bactériologique de foyers caséeux en apparence simplement inflammatoires y montre des amas de bacilles de Koch.

Au point de vue clinique, la tuberculose chez les tout jeunes enfants a presque exclusivement pour expression un ensemble de symptômes qui sont ceux d'une maladie générale : fièvre, anorexie, amaigrissement. A l'autopsie, les lésions pulmonaires, quand il y en a, sont moindres que celles des autres viscères, et celles-ci sont très disséminées dans le foie, dans la rate, dans les ganglions.

Il paraît difficile, à M. Landouzy, d'expliquer tous ces faits de tuberculose du premier âge par la contagion médiate, par l'infection due au séjour dans une atmosphère contaminée. Il croit positivement à la tuberculose congénitale, à l'infection du fœtus par la mère, au passage de la graine tuberculeuse à travers le placenta; il ne s'agit plus seulement d'invoquer l'hérédité d'un terrain facilement tuberculisable; M. Landouzy admet l'hérédo-tuberculose vraie, l'hérédité du bacille. Il rappelle un fait publié antérieurement par lui avec M. H. Martin dans la *Revue de médecine*, et des inoculations positives de placenta faites par Karth.

Il signale en outre un fait du professeur John (de Dresde) qui a trouvé sur un fœtus de vache tuberculeuse des lésions bacillaires. Ce fait est démonstratif.

Si l'on admet la réalité de l'hérédité bacillaire directe, on n'entrevoit pas quelle prophylaxie pourrait être opposée à l'infection intra-utérine des fœtus de femmes tuberculeuses.

M. A. Robin présente une pièce anatomique qui prouve qu'on peut être porteur de lésions considérables sans éprouver le moindre trouble de la santé.

Une femme de 79 ans, qui n'avait jamais été malade dans tout le cours de sa vie et ne se souvenait pas d'avoir ressenti même de légers malaises, meurt d'une pneumonie à l'hospice des ménages. On lui trouve un anévrysme sacciforme volumineux de l'aorte abdominale au-dessous du diaphragme, complètement guéri par formation de caillots stratifiés ; près de là s'en trouvait un autre petit fusiforme.

Il existait en outre chez cette femme une dilatation du canal cholédoque, qui était bourré de calculs ; l'un de ceux-ci obstruait presque complètement l'orifice d'abouchement dans le duodénum. Les voies biliaires intra-hépatiques étaient littéralement infiltrées de calculs, et le parenchyme offrait les lésions de la cirrhose biliaire.

M. Legroux présente un *calcul hépatique très volumineux*, mesurant 23 millimètres sur un de ses diamètres et 22 millimètres sur l'autre. Ce calcul a été expulsé par un homme de 73 ans après une colique hépatique d'intensité moyenne. Le malade avait eu l'année d'avant une crise de coliques hépatiques très violente ayant duré un mois et provoqué l'ictère, et cependant alors le calcul trouvé dans les garde-robes était peu volumineux.

M. Troisier présente un malade tabétique qui porte aux deux pieds des déformations un peu différentes de celles qui ont été décrites antérieurement par M. Chauffard. Ce malade a eu, il y a trois ans, des crises gastriques ; il a maintenant des douleurs fulgurantes et des douleurs en ceinture, la perte du réflexe patellaire, des troubles oculo-pupillaires, l'abolition du sens musculaire. La déformation du pied consiste en une saillie sur la face dorsale, saillie qui paraît constituée par le déplacement et l'épaississement du scaphoïde, du cuboïde et des cunéiformes. Il y a entre l'un des pieds et l'autre une différence de un centimètre. La marche ne fournit pas pourtant l'empreinte dite tabétique et comparable à celle du pied plat. La voûte a augmenté, le pied a gagné en épaisseur ce qu'il a perdu en longueur. Mais le malade n'a pas la déviation du pied bot.

M. Féréol présente à son tour un malade atteint d'ataxie confirmée, dont le pied fournit l'empreinte du pied plat beaucoup plus accentuée.

M. Troisier dit que son malade aura peut-être aussi le pied plat ultérieurement. Il ajoute que chez cet homme n'existent ni phénomènes trophiques, ni troubles vaso-moteurs comme dans un cas précédemment montré par M. Chauffard. Cependant la marche de la déformation a été rapide. En deux mois elle s'est effectuée sans douleurs, ni craquements, et avec assez de rapidité pour obliger le malade à changer de chaussures et à emprunter des bottines à son frère.

M. Chauffard avait déclaré, en présentant le malade auquel M. Troisier fait allusion, que les phénomènes trophiques et vaso-moteurs aigus sont exceptionnels.

M. Troisier : Il y aurait lieu d'admettre deux variétés de pied tabétique : l'un avec pied plat, l'autre sans affaissement de la voûte plantaire.

M. Génin-Roze s'étonne qu'on réunisse sous le nom de pied tabétique des faits aussi dissemblables que le pied-bot chez des ataxiques confirmés et la déformation dorsale du tarse chez un tabétique fruste.

M. Robin répond aux critiques formulées antérieurement par M. Debove contre ses expériences relatives à l'*influence de l'eau sur la nutrition*. Il croit que l'entente ne serait pas difficile entre son contradicteur et lui, si tous deux instituaient leurs expériences dans des conditions identiques, ce qui n'a pas été le cas jusqu'ici. Il est possible que l'eau n'ait plus d'influence sur la nutrition de sujets qui ont déjà considérablement maigri, comme cela a pu se faire chez les sujets de M. Debove, soumis d'abord à un régime alimentaire spécial ; mais à coup sûr, chez les obèses, la restriction des boissons amène l'amaigrissement.

M. Dujardin-Beaumetz demande quelle est la quotité minimum de boisson au-dessous de laquelle la digestion est entravée.

M. Debove dans ses expériences n'a jamais donné moins d'un litre en vingt-quatre heures.

M. Robin a fait prendre seulement 671 grammes par jour d'eau, y compris la quantité contenue dans les aliments, à une enfant de 11 ans extrêmement obèse. En deux mois elle a maigri de quatorze livres.

M. Beaumetz : Mais ne maigrissait-elle pas parce qu'elle avait perdu l'appétit ?

M. Robin : Cela se peut. D'ailleurs, je ne suis pas partisan du régime sec rigoureux dans le traitement de l'obésité. Il entraîne des inconvénients du genre de celui-ci : Une dame, traitée pour l'obésité par Schweininger (de Berlin) au moyen du régime sec, était arrivée à éprouver, dès qu'elle était debout ou assise, des vertiges terribles ; elle n'avait pas seulement des sensations vertigineuses, mais une tendance au mouvement de gyration. Il suffit de la remettre au régime ordinaire pour faire disparaître les vertiges.

— M. Duguet présente au nom de M. le docteur P. Le Gendre une thèse intitulée : *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. Valeur sémiologique des nodosités de Bouchard.* En voici les conclusions :

La dilatation de l'estomac s'observe bien réellement avec la fréquence que M. Bouchard a signalée ; elle est rarement compatible avec une santé parfaite et engendre le plus souvent, par le mécanisme de l'auto-intoxication, un grand nombre d'effets fâcheux sur le tube digestif et tout l'organisme.

Elle est facile à diagnostiquer et à mesurer sur le vivant par la recherche du bruit de clapotage. On la vérifie aisément sur le cadavre par la mensuration de la capacité de l'estomac. La capacité moyenne de l'estomac chez l'adulte est d'environ 1300 cent. cubes ; or dans douze cas, où l'auteur a pu faire l'autopsie de sujets chez lesquels la dilatation avait été diagnostiquée de leur vivant, les estomacs cubaient de 1450 à 3600 cent. cubes.

La cause principale de la dilatation de l'estomac est une mauvaise hygiène alimentaire, mais qui ne produit son action fâcheuse qu'à la faveur d'une prédisposition congénitale et souvent héréditaire, consistant en une débilité spéciale de la tunique musculaire de l'estomac ; chez les sujets dont l'estomac est dilaté, cette débilité du tissu musculaire lisse est attestée souvent aussi par les varices, la flaccidité du scrotum et la tendance à la bronchectasie.

Parmi les effets les plus habituels de la dilatation de l'estomac, il y a lieu d'admettre l'état noueux des articulations phalango-phalanginiennes des doigts (nodosités de Bouchard).

Les individus atteints de dilatation de l'estomac, et d'une façon générale les dyspeptiques ont une prédisposition très nette à contracter la fièvre typhoïde. Sur bon nombre de typhoïsants, on peut constater, dès le début de la dothiénentérie, la dilatation de l'estomac, et les nodosités des doigts sont là pour attester chez eux l'ancienneté de cette dilatation. Sur 19 cas intérieurs de fièvre typhoïde qui se sont produits en deux ans et demi dans le service de M. Bouchard, à Lariboisière, la contagion s'est exercée presque toujours sur des malades atteints de dilatation de l'estomac. L'auteur a réuni 4 cas de récidive de fièvre typhoïde, chose si exceptionnelle, et tous ces cas sont relatifs à des dilatés.

Chez les individus dont l'estomac remplit imparfaitement ses fonctions, on rencontre d'ailleurs avec une fréquence singulière le tænia, les lombrics; ces individus paient aussi un tribut remarquable à la fièvre typhoïde dont le microbe pénètre à coup sûr par les voies digestives. Il n'est pas très rare de rencontrer chez les typhoïsants soit le tænia, soit des lombrics, et M. Duguet a cité des cas où la fièvre typhoïde a frappé par contagion des sujets atteints de kystes hydatiques, autre affection dont le parasite s'introduit par les voies digestives.

Il est probable qu'un estomac sain, ayant sa contractibilité musculaire intacte, sécrétant un suc gastrique qui a une teneur suffisante en acide chlorhydrique, peut recevoir souvent impunément des parasites gros ou petits; il les détruit ou les fait passer à l'état de vie latente. On sait que l'acide chlorhydrique est un des bons agents microbicides. Mais, si le suc gastrique n'en contient plus assez, les parasites morbigènes, grands ou petits (scolex du tænia, œufs de lombrics, embryons hexacanthes ou bacilles typhogènes), échappent à la vigilance de l'estomac, sentinelle avancée chargée de protéger l'intestin qui, lui, toujours prêt à absorber, ouvre la porte de l'organisme aux parasites en question, s'ils sont absorbables. La conclusion qui découle de cette notion au point de vue de la prophylaxie, c'est qu'il est prudent de ne pas laisser au voisinage immédiat des typhoïsants les dyspeptiques qui sont plus exposés que d'autres à la contamination.

Enfin, on observe chez les dilatés, avec une fréquence toute particulière, ces états morbides mal classés en nosologie (embarras gastrique apyrétique ou fébrile, fébricule continue, synoque, catarrhe gastro-intestinal cholériforme), dont plusieurs sont peut-être des formes atténuées de la fièvre typhoïde et confèrent peut-être l'immunité pour le typhus abdominal vrai. — P. L. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Louis Thaon (de Nice), décédé dans sa quarantième année, le 26 mars dernier.

C'est à Paris que Thaon avait fait ses études médicales. Outre des communications multiples à la Société anatomique (1863-73) et à la Société de biologie, on lui doit les mémoires suivants : « Recherches cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose » (thèse 1873); « Clinique climatologique des maladies chroniques : phthisie pulmonaire, 1877 »; « Traitement pneumatique de la phthisie »; « La tuberculose dans ses rapports avec la scrofule, 1878 »; « Hystérie locale et rhumatisme » (*Prog. méd.* n° 6, 1880); « Mémoire sur la cachexie pachydermique » (*Rev. de médecine*, 1880); « Des pneumonies tuberculeuses, leur évolution sous l'influence du bacille, 1885. » — Il a publié dans le *Progrès médical* des lettres remarquables sur l'enseignement de la médecine aux États-Unis en 1884 et 1885. Citons encore : « Du poids dans les maladies des enfants » (*Arch. de phys.*, I-IV, 1872); « De l'origine de la granulation tuberculeuse » (*Arch. de phys.*, I-V, 1873).

— Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Forget, l'un des fondateurs et anciens rédacteurs de l'*Union médicale*.

Laïcisation des hôpitaux. — L'hospice des Enfants-Assistés est définitivement laïcisé depuis le 31 mars.

Société des sciences médicales de Lyon. — Cette Société vient de procéder au renouvellement partiel des membres du Bureau pour l'année 1886-1887.

M. H. Mollière, vice-président, remplace M. Aubert, président, arrivé au terme de ses fonctions. M. Daniel Mollière a été nommé vice-président; MM. Ch. Reboul et G. Roux, secrétaires annuels.

Les autres membres du Bureau encore en fonctions pour un an sont : MM. Icard, secrétaire général; Marduel, archiviste; Bianchi, trésorier.

Faculté de médecine de Lyon. — Après un brillant concours, M. Albertin, interne des hôpitaux, a été nommé aide d'anatomie pour une période de trois ans.

Prisons de Lyon. — Par arrêté préfectoral en date du 29 mars 1886, M. Blanc, médecin adjoint des prisons, a été nommé médecin titulaire desdits établissements, en remplacement de M. le docteur Pernot, décédé.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

CHEMINS DE FER de PARIS à ORLÉANS, du MIDI, du NORD de l'ESPAGNE et de MADRID à SARAGOSSE et à ALICANTE

SEMAINE SAINTE A SÉVILLE

Du 18 au 24 Avril — *Cérémonies religieuses et Processions*

FOIRE DE SÉVILLE

Du 28 au 30 Avril — *Courses de Taureaux, de Chevaux, Fêtes Populaires*

BILLETS D'ALLER ET RETOUR

DE PARIS A SÉVILLE

avec faculté d'arrêt à **Bordeaux, Bayonne, Burgos, l'Escurial, Madrid, Aranjuez, Castillejo** (embranchement de Tolède) et **Cordoue.**

AU PRIX DE **250** FRANCS (*En voitures de 1re classe.*) Billets valables jusqu'au 10 Mai

LES BILLETS SERONT DÉLIVRÉS DU 5 AU 25 AVRIL :

A la gare du Chemin du fer d'Orléans; — au Bureau central de la Compagnie, 130, rue St-Honoré; et au Bureau succursale, rue de Londres, 8.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-H. Petit : Des opérations plastiques sur le palais. — II. F. Terrier : Ovariotomie simple. Tumeur polykystique énorme. — Guérison. — III. Bibliothèque : Les phénomènes de l'atmosphère. — IV. Intérêts professionnels : La double patente des médecins des eaux minérales. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Variétés : La récolte et la culture de la coca en Bolivie. — VII. Thèses de doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Montpellier (1884-1885). — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Des opérations plastiques sur le palais (1)

(*Uranoplastie ; — palatoplastie ; — staphylorrhaphie*).

M. Trélat n'accorde pas à la conservation des artères palatines la même importance que MM. Langenbeck et Tillaux ; mais en donnant à ses lambeaux une largeur de 12 à 14 millimètres, il conserve néanmoins ces artères dans leur épaisseur.

Voici comment procède actuellement M. Trélat, qui en principe adopte la méthode de Langenbeck, et qui, grâce aux nombreuses opérations d'uranostaphylorrhaphie qu'il a depuis quelques années pratiquées par les procédés en *double pont*, est arrivé, en empruntant à chacun d'eux ce qui lui a paru le meilleur, à former un procédé éclectique bien réglé et accessible maintenant à tout chirurgien d'une dextérité ordinaire.

Les malades sont dans la position horizontale, la tête renversée en arrière sur le bord du lit. Cette position est nécessitée d'abord par l'anesthésie, ensuite parce que le sang tombe d'abord dans les narines, où il peut être épongé, et que les bronches et l'œsophage sont en grande partie préservés de son accès.

L'anesthésie doit être totale. La douleur ne joue donc plus aucun rôle dans la détermination du chirurgien. Celui-ci se place derrière la tête de l'opéré et, pendant toute la durée de l'opération, la bouche est maintenue ouverte par un bâillon, qui écarte les dents de chaque côté et déprime la langue. Le champ opératoire s'étale largement sous les yeux de l'opérateur.

L'avivement se fait avec une pince à griffes et un bistouri à lame courte et étroite, mais à manche long. Dans la partie osseuse, l'incision simple de la muqueuse le long de la perforation suffit pour l'avivement, complété en ce point par le décollement ; pour la partie membraneuse, il faut enlever une bandelette de muqueuse le long et un peu au delà de la fissure. L'hémorrhagie, quelquefois abondante dans ce premier temps, est facilement arrêtée par la compression digitale, préférable aux applications de glace et à l'irrigation ; on taille ensuite les lambeaux, ce qui provoque une nouvelle hémorrhagie aussi facile à arrêter que la première ; puis on les décolle au milieu et en arrière, jusque près des confins du voile, avec une sorte de spatule étroite, légèrement courbe, à tranchant mousse sur ses bords. Cette spatule est poussée sur le lambeau, de dehors en dedans, en rasant l'os. Sa pointe mousse vient faire saillie sous la ligne d'avivement et on élargit cette voie en arrière ; en avant, où l'on est arrêté par la saillie de l'arcade alvéolaire, on se sert de deux rugines à double courbure, comme Roux, une pour le côté droit, une pour le côté gauche. Il faut encore, dans les cas de fente staphylienne, détacher les insertions aponévrotiques du voile au bord du palais osseux ; à cet effet, M. Trélat « glisse sous le lambeau, à

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

travers l'incision libératrice largement béante, une petite rugine courbée près de son extrémité arrondie et tranchante par cette extrémité et par ses bords. Cette rugine est appliquée, comme un crochet, sur le bord postérieur du palatin, et sectionne, par des mouvements de va-et-vient, toutes les fibres aponévrotiques. Dès que cette section est complète, chacun des deux lambeaux peut être facilement poussé vers l'autre, comme une main qui se rapproche par son bord vers la main du côté opposé. Au contraire, tant qu'il persiste des adhérences, le lambeau se recroqueville vers les fosses nasales et semble retenu en un point de ses parties profondes. »

On passe les fils d'avant en arrière avec une aiguille de Reverdin, d'Aubry ou de Trélat plus ou moins courbée, et on les serre ensuite.

Les sutures qui portent sur le palais et la partie épaisse du voile sont faites avec du fil d'argent très fin et très souple, et celles de la luette avec de la soie phéniquée fine ; les premières traversent toute l'épaisseur du lambeau, les secondes, la moitié seulement ; l'aiguille est enfoncée à 3 ou 4 millimètres du bord avivé, et chaque point séparé des autres de 8 à 9 millimètres ; le dernier doit être situé tout près de la luette.

Malgré les difficultés qui résultent de l'anesthésie, du maintien de la respiration et de l'hémorrhagie, l'opération ne réclame, grâce au perfectionnement de l'instrumentation, pas plus de trente à quarante minutes.

La suture étant solide et les parties affrontées bien simples, les malades sont nourris dès le soir de l'opération. On leur donne des aliments réparateurs, mais exclusivement liquides. Ces aliments liquides, plus ou moins épais, doivent être continués pendant dix à douze jours.

Dans les cas favorables, la guérison est effectuée en quatre jours, les sutures sont enlevées du troisième au sixième jour, jamais au delà. Il faut encore prendre des ménagements pendant une semaine, puis la guérison est complète. » (*Rev. de chir.*, 1885, p. 112, et 1886, p. 89).

M. Trélat a fait ainsi 61 opérations ; il a eu 8 à 10 insuccès, dans les cas où les lambeaux étaient insuffisants par excès de largeur de la division ou par excès de longueur, ainsi que cela lui est arrivé dans une gueule-de-loup totale avec ancienne ablation du tubercule médian. (*Communication orale.*)

Rappelons que M. Verneuil, pour éviter l'hémorrhagie qui provient des incisions latérales, a pratiqué celles-ci avec le thermo-cautère (*Bull. Soc. de chir.*, 1875, p. 90), et qu'il fixe les fils de la suture avec des tubes de Galli passés après des boutons de chemise. Le même chirurgien, comme plusieurs autres, ne pratique les incisions libératrices et ne décolle les lambeaux qu'après avoir passé les fils et s'être assuré, en essayant de rapprocher les bords avivés, de l'étendue qu'il faut donner aux incisions et au décollement.

III. Dans les cas où on ne peut donner que 10 millimètres de large aux lambeaux, ou même moins, on peut avoir recours à l'*uranoplastie ostéo-muqueuse* ou *ostéoplastique*.

Cette méthode, imaginée par Diffenbach en 1826, consiste à détacher de chaque côté de la division, avec la scie ou le ciseau, ou un fort couteau, une bandelette osseuse de 6 millimètres de large environ, de la mobiliser et de la rapprocher de la ligne médiane. Les résultats obtenus par les premiers opérateurs (Wutzer, Langenbeck, Bühring, G. Simon) n'ont pas été heureux, mais Middeldorpf paraît avoir réussi dans un cas.

Cette opération paraissait abandonnée, lorsqu'en 1873 et 1874, William Fergusson rappela l'attention sur elle en publiant quatre cas dans laquelle elle lui avait donné d'assez beaux résultats. Il apportait d'ailleurs à l'instrumentation et au manuel opératoire lui-même quelques modifications utiles. Les ciseaux à ostéotomie devenaient alors moins grossiers, plus maniables, et les lésions osseuses plus faciles à guérir.

Dans le procédé nouveau, après avoir avivé les bords de la division un peu obliquement, pour avoir de plus larges surfaces d'adhésion et s'opposer ainsi à la tendance des lambeaux à se renverser en dedans, on fait de chaque côté une incision parallèle jusqu'à l'os, jusqu'à la jonction de la voûte palatine avec le voile. On introduit dans ces incisions un ciseau à l'aide duquel on détache peu à peu, d'arrière en avant, une lamelle osseuse conservant ses parties molles sur ses deux faces, et assez large pour que, réunie à celle du côté opposé, elle puisse combler la fissure presque en entier. Les deux bords de la fente se rapprochent facilement, laissant à droite et à gauche un petit intervalle par lequel on passe, à l'aide d'une aiguille courbe à anévrysmes, deux ou trois anses de fil qu'on noue dans la bouche et qui maintiennent simplement les parties en contact sans tirailler les lambeaux.

Les fentes latérales se remplissent rapidement d'os nouveau, dont la production tend à réunir solidement les parties sur la ligne médiane.

La douleur et la réaction locale sont, paraît-il, moins marquées que lorsqu'on a recours à l'ancienne méthode. Dans les quatre cas de M. Fergusson, la réunion fut parfaite, sauf dans deux cas où il resta une petite perte de substance qui diminua peu à peu par la réunion secondaire (*Revue des sc. méd.*, 1874, vol. IV, p. 297).

Bientôt après, M. F. Mason pratiqua la même opération; une première tentative n'ayant donné qu'un résultat imparfait, il recommença quelques mois plus tard; pour éviter la difficulté qu'il avait éprouvée à détacher l'os, il fit, après avoir pratiqué l'avivement et les incisions latérales, une série de perforations sur la ligne suivant laquelle le ciseau devait agir; la section des parties intermédiaires devint alors très facile (*Rev. sc. méd.*, 1875, vol. V, p. 318).

Des cas de succès par le même procédé ont aussi été publiés par Royes Bell et W. Rose (*The Lancet*, 1874, vol. II, p. 837 et 899); Mears (*ibid.*, 1874, vol. II, p. 901).

Henry Smith, le premier, signala quelques accidents consécutifs à l'ostéotomie, la nécrose d'une partie de lamelle osseuse détachée et une hémorrhagie considérable qui, chez un de ses opérés, fit échouer la réunion (*Lancet*, 1877, vol. II, p. 425).

M. Lannelongue a pratiqué l'uranoplastie ostéo-muqueuse dans 8 cas; sur ce nombre, il y a eu 5 guérisons, un échec total et deux résultats incomplets après la première tentative opératoire (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 467). M. Th. Anger a pratiqué 5 fois la palatoplastie par cette méthode et n'a eu qu'un insuccès. Le lambeau s'était déchiré pendant l'opération (*ibid.*, p. 484). Steamer O'Grady a également employé cette méthode dans 2 cas de larges fissures congénitales après guérison d'un bec-de-lièvre. L'opération réussit partiellement; il resta à la partie antérieure une petite ouverture qui diminua ensuite peu à peu (*Med. Press.*, 1879, vol. XXVIII, p. 79).

Edward Woakes a encore imaginé une autre méthode, combinaison des

deux précédentes, dans un cas où il craignait la gangrène des lambeaux par suite de faiblesse constitutionnelle du sujet, jointe à la trop grande tension des fils. Dans un premier temps, il divisa, à l'aide d'une petite scie à manche et à lame très étroite, introduite dans la narine, la lame osseuse, saisie par la bouche avec une sorte de davier; il scia jusqu'à ce que l'os, non complètement divisé, cédât au point de devenir horizontal; il en fit autant des deux côtés. La brèche n'étant comblée qu'en partie, il forma alors de chaque côté des lambeaux périostiques avivés et suturés sur la ligne médiane. Le succès fut complet (*Med. Times et Gaz.*, 8 nov. 1879, vol. II, p. 526).

Phénomènes consécutifs à l'uranoplastie. — Lorsque les sujets sont jeunes, en bonne santé, suffisamment préparés à l'opération, que le repos de l'organe est bien gardé, que l'antisepsie buccale est faite avec soin au moyen de nettoyages fréquents avec une solution de chloral ou d'acide borique, la réaction inflammatoire est réduite à son minimum; la muqueuse se gonfle toujours un peu, devient violacée d'abord, puis reprend peu à peu sa couleur, les plaies latérales bourgeonnent, se recouvrent d'épithélium, et, au bout de cinq ou six mois, on ne retrouve qu'avec peine les traces de l'opération.

Du côté des fosses nasales, la réparation est plus lente; la plaie en contact continu avec l'air, moins facile à nettoyer, suppure plus longtemps et se couvre de croûtes qui retardent la cicatrisation.

A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération, les lambeaux deviennent de plus en plus résistants, augmentent d'épaisseur et de solidité, et peuvent, au bout de quelques mois, supporter des efforts considérables, bien supérieurs à la pression exercée par la langue, puisque M. Rouge s'est assuré que les parties molles de la voûte palatine ne se déchiraient que sous l'influence de la traction d'un poids de 10 kilogrammes.

Le point le plus important de la réparation concerne les modifications qui se passent du côté du périoste décollé et doublant les lambeaux. Plus on s'éloigne de l'époque de l'opération, plus les tissus qui bouchent la perte de substance acquièrent de consistance. Mais, arrivée à un certain point, au bout de deux ou trois mois, la consistance reste stationnaire; elle est fibreuse dans la plupart des cas, osseuse dans d'autres, et la nouvelle voûte palatine se laisse même facilement traverser par une aiguille.

On a donc été amené à se demander si, comme l'indiquait la théorie de la régénération de l'os par le périoste et comme l'espéraient les chirurgiens, il y avait production d'une véritable voûte palatine osseuse.

Malgré les affirmations de Langenbeck, basées sur la possibilité ou l'impossibilité de traverser avec une aiguille la voûte palatine de nouvelle formation, la production de l'os n'est nullement démontrée, du moins dans toute l'étendue de la perforation et dans la majorité des cas, ainsi qu'il résulte des examens directs faits par Ollier, Marmy, Ehrmann, Sédillot, etc. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, comme M. Ollier l'a déclaré, pour mettre d'accord les partisans des différentes opinions, si l'on peut conserver quelques doutes sur l'ossification, on doit admettre qu'il se forme une couche résistante qui a la consistance de l'os et qui en tient lieu. (*Régénération des os*, t. II, p. 475.)

S'il reste après l'uranoplastie une ouverture qu'on ne puisse guérir ou songer à guérir par les cautérisations, il faut s'adresser à la suture, soit simple, soit avec formation de lambeaux.

En résumé, l'uranoplastie paraît pouvoir être faite actuellement dans les conditions suivantes :

Dans les divisions congénitales, lorsqu'il n'existe pas ou qu'il n'existe plus de fissure des lèvres ni de l'arcade dentaire, à partir de l'âge de sept à dix ans et au delà. Dans les perforations traumatiques et pathologiques, lorsque la réparation naturelle (chute des parties nécrosées ou sphacélées, cicatrisation) est terminée depuis assez longtemps pour qu'on n'attende plus rien d'elle, et que l'état général est redevenu satisfaisant.

Pour les petites perforations, l'avivement, le décollement de la fibro-muqueuse autour d'elles et la suture peuvent suffire.

Pour les plus grandes perforations et pour les divisions congénitales, alors que les lambeaux peuvent avoir de 12 à 14 millimètres de large, on joindra à l'avivement et au décollement les incisions libératrices; entre 10 et 12 millimètres, on peut encore avoir quelques chances de succès.

Lorsqu'on ne pourra donner plus de 10 millimètres de largeur aux lambeaux, on aura recours à l'ostéoplastie, qui permet d'employer des lambeaux de 6 à 10 millimètres et d'obturer ainsi des fissures de 12 à 20 millimètres de large.

Dans des cas exceptionnels, on peut emprunter des lambeaux à la cloison nasale, à la face externe de la mâchoire supérieure et même à la face interne de la face et de la lèvre supérieure.

On peut faire des opérations complémentaires, après la cicatrisation des opérations antérieures, suivies d'échec partiel ou total, en décollant les lambeaux du siège qu'ils occupent après cette cicatrisation, et en les amenant vers le centre de la perforation.

L'emploi du bâillon, de l'anesthésie, de la position renversée de la tête, des rugines, aiguilles, etc., inventées récemment et employées par M. Trélat dans ses dernières opérations, facilitent beaucoup l'uranoplastie.

L.-H. PETIT.

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

Ovariotomie simple. — Tumeur polykystique énorme. — Guérison.

La nommée Murot (Arthémise), âgée de 15 ans et 3 mois, entre à l'hôpital le 12 mars 1884, salle Chassaignac, lit n° 7. Cette malade est réglée depuis l'âge de 13 ans. L'écoulement menstruel a toujours été régulier, mais il est très inégal en abondance; quelquefois même l'écoulement sanguin persiste pendant quinze jours.

C'est vers l'époque de l'établissement des règles que le ventre a commencé à grossir; il a augmenté graduellement, sans jamais causer de douleurs véritables, mais depuis plusieurs mois son développement énorme occasionne une gêne très considérable de la respiration. Il n'y a ni troubles digestifs, ni modifications de la miction et de la défécation.

Dans les premiers jours de mars 1884, la malade, très oppressée, se rend à la consultation de M. le docteur Huchard, à l'hôpital Bichat; la malade est ponctionnée avec le trocart de Reybard, le lendemain de son entrée, le 10 mars 1884; cette ponction est faite entre la fosse iliaque gauche et le flanc gauche; elle donne issue à douze litres d'un liquide ambré, et vide une énorme poche occupant l'hypogastre, la fosse iliaque et le flanc gauches; la forme du ventre permettant alors de reconnaître que le liquide retiré provient d'un kyste et n'est pas de l'ascite la malade passe dans le service de M. Terrier.

©BIU Santé

L'examen fait à cette époque donne les résultats suivants : le ventre est très volumineux et très asymétrique, toute la moitié gauche de l'abdomen étant beaucoup plus saillante que la droite. La circonférence au niveau de l'ombilic mesure 115 centimètres; la distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde est de 27 centimètres; celle de l'ombilic au pubis, de 20 centimètres ; celle de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite et à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de 31 centimètres.

La peau est normale, un peu distendue, parcourue à peu près également partout par de riches réseaux veineux; l'ombilic est déplissé, non saillant.

La consistance varie dans les différentes régions; on reconnaît très facilement de la fluctuation dans la fosse iliaque gauche, l'hypogastre et une partie de la région ombilicale, c'est le siège de la grande poche qui a été ponctionnée et vidée seulement en partie. Tout le flanc gauche et l'échancrure costo-iliaque correspondante sont remplis par une masse très dure qui paraît solide. Une poche liquide existe à droite de l'ombilic. On peut, en outre, constater un peu d'ascite.

Le toucher n'est pas pratiqué à cause de la présence de la membrane hymen.

Le 20 mars 1884, une seconde ponction est faite à droite, à 7 centimètres de l'ombilic; le liquide, d'abord citrin, devient ensuite noirâtre et ressemble aux urines renfermant de l'acide phénique; vers la fin, le liquide est épais, visqueux et se charge de paillettes de cholestérine; cette ponction retire douze litres de liquide comme la première. La masse dure devient très accessible, elle forme une saillie très appréciable à la vue, elle refoule en haut la base du thorax et augmente considérablement la hauteur de l'échancrure costo-iliaque gauche qu'elle rend convexe.

Opération, le 8 avril 1884, avec l'aide de MM. Périer et Berger. M. Jeanselme, interne du service, endort la malade.

Incision médiane de l'ombilic au pubis; des pinces hémostatiques doivent être placées sur des veines volumineuses sectionnées. Le péritoine, adhérent au kyste, est largement décollé de la tumeur en bas, en haut et latéralement; puis le kyste est ponctionné et on retire environ 3 litres de liquide clair. La poche, ainsi vidée, est en bas et à droite de la masse polykystique. Il reste une énorme masse en haut et à gauche, remontant jusqu'à l'hypochondre de ce côté.

L'incision est agrandie directement en haut, en passant par l'ombilic et remontant jusqu'à 5 centimètres au-dessus de lui. Ponction de la masse supérieure gauche, il s'écoule environ 1 litre de liquide rouge, grumeleux et filant, mais le trocart est en plein gâteau polykystique. Il faut encore agrandir l'incision abdominale jusqu'à moitié de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Puis on dissocie toutes les adhérences cellulo-vasculaires de la paroi antérieure de l'abdomen avec le kyste, et, malgré tout, la tumeur ne vient pas. Le kyste inférieur, déjà ponctionné, est largement ouvert avec des ciseaux, puis à coups de ciseaux et avec les doigts on déchire les principaux kystes qui forment le gâteau supéro-gauche. Il s'écoule ainsi environ 2 litres de liquide filant, visqueux et de couleurs variées. Après un nouvel agrandissement de quelques centimètres de l'incision médiane, la masse polykystique peut enfin sortir du ventre. Elle offrait en haut une adhérence peu étendue avec l'épiploon, adhérence qui fut liée au catgut.

Le pédicule situé à gauche est petit et sectionné entre deux pinces courbes. On y place deux ligatures en soie et en X. Toilette péritonéale soignée, vu le sang coagulé venant des parois. L'ovaire droit, *suspect*, est laissé en place. L'épiploon adhérent à la paroi abdominale est libéré et lié afin de le pouvoir rabattre en avant de la masse intestinale. Quatorze points de suture d'argent profonds et un superficiel à l'ombilic ferment le ventre. Pansement de Lister. L'opération a duré 45 minutes.

Le 8 avril. — Soir : La malade s'est plainte un peu du ventre. Glace, champagne. Temp. 38°2, pouls 131, resp. 32.

Le 9. — Matin : La malade a vomi quelques mucosités la nuit dernière. Temp. 38°, pouls 126, resp. 29. — Soir : La malade a vomi une fois. Une piqûre de morphine. Temp. 38°2, pouls 130, resp. 31. Urine 750 grammes.

Le 10. — Matin : La malade a passé une bonne nuit, n'a plus de nausées. Temp. 37°9, pouls 124, resp. 28. — Soir : La malade rend des gaz à l'aide d'une sonde molle introduite dans l'anus. Un litre de lait. Temp. 38°, pouls 126, resp. 29. Urine 1 litre.

Le 11. — Matin : Ecoulement sanguin par le vagin; les règles étaient apparues le 9 mars, elles avaient cessé immédiatement pour reparaître le 14 mars. Un potage. Temp. 37°06, pouls 116, resp. 25. — Soir : Temp. 37°8, pouls 118, resp. 26. Urine 750 grammes.

Le 12. — Matin : Premier pansement, réunion par première intention parfaite; sept fils sont enlevés. Temp. 37°4, pouls 110, resp. 24. — Soir : Temp. 37°9, pouls 110, resp. 24. Urine 1 litre.

Le 13. — Matin : Deuxième pansement; les sept derniers fils sont enlevés. Temp. 37°2. — Soir : Temp. 37°. Urine 1 litre.

La malade sort guérie le 10 mars 1884.

25 janvier 1885. — Six semaines après l'opération, les règles ont reparu et elles sont toujours régulières depuis cette époque. La cicatrice a 15 centimètres de long, elle est enfoncée et sans éventration; 9 centimètres existent au-dessus de l'ombilic.

La jeune fille a très notablement engraissé.

La tumeur enlevée était un kyste multiloculaire offrant deux énormes loges et une multitudes de poches peu volumineuses dont la plupart ont été ouvertes pendant l'opération. Il pesait 7 kilog. 700 grammes et renfermait, lors de l'opération, 7 litres de liquide environ.

Parmi les points saillants de cette observation, on peut signaler : le jeune âge de la malade, 15 ans et 3 mois, et le volume considérable de la tumeur qui, vidée de la plus grande partie du liquide qu'elle contenait, pesait encore 7 kilog. 700 grammes; or, comme on avait évacué précédemment et à deux reprises 12 litres de liquide, le poids total de la masse devait atteindre près de 20 kilog.

BIBLIOTHÈQUE

LES PHÉNOMÈNES DE L'ATMOSPHÈRE. Traité illustré de météorologie pratique par M. H. MOHN, directeur de l'Institut royal météorologique, professeur à l'Université de Christiania, traduit par M. DECAUDIN-LABESSE, précédé d'une introduction par M. Henri de PARVILLE, avec 24 cartes et 220 gravures. — Paris, J. Rothschild, 1884; beau vol. in-8° de 484 pages.

Cet ouvrage a eu les honneurs de six traductions étrangères. Mais l'édition française se distingue, entre toutes les autres, par les nombreuses vignettes dont elle est illustrée : c'est une édition de luxe. M. le professeur Mohn a pris le soin de la revoir entièrement; M. Decaudin-Labesse, membre de la Société de météorologie, ne s'est pas borné à traduire le livre; il en a augmenté le prix en y ajoutant des notes qui le mettent au courant des plus récents progrès de la science. Enfin, M. Henri de Parville l'a fait précéder d'une introduction vraiment magistrale, dans laquelle, après avoir tracé l'histoire des progrès de la météorologie, il expose, il discute et il défend contre des critiques trop hâtives, le beau système des vents par le lieutenant Maury de la marine américaine.

La météorologie est une science qui intéresse tout le monde, et dont tout le monde s'occupe constamment. Elle s'impose à nous, au point de vue de l'hygiène aussi bien qu'au point de vue de nos relations et de nos affaires, à chaque heure du jour. Aucun des sujets qu'embrasse son étude ne nous laisse indifférents. Tous, nous sentons, en présence des magnifiques résultats obtenus depuis quelques années, qu'elle est à la veille de devenir une science exacte.

La prévision du temps elle-même cessera bientôt d'être une affaire d'intuition personnelle pour devenir une connaissance positive reconnaissant des règles invariables.

Que faut-il pour cela ? que l'impulsion si vigoureuse imprimée de nos jours à l'observation des phénomènes de l'atmosphère se généralise; que l'observation se fasse de plus en plus méthodique et que les efforts individuels se centralisent; c'est facile, les études préliminaires étant accessibles au plus grand nombre, et les moyens d'obser-

vation étant peu coûteux. Il importe seulement de savoir où l'on en est et d'être suffisamment orienté quant à la direction à donner au travail quotidien.

Pour cette raison, les traités *ex professo*, à la fois très complets et très simples, comme celui de M. le professeur Mohn sont essentiellement utiles. Je les voudrais encore, si c'est possible, plus explicites dans leurs rudiments, et plus à portée des ignorants. Le temps qu'on passe à rendre clairs les phénomènes les plus vulgaires, est un temps bien employé. La peine qu'on se donne pour prévenir toute objection, pour dissiper toute difficulté à leur sujet, constitue le plus grand service qu'on puisse rendre aux commençants de bonne volonté.

Ainsi, je voudrais que les deux pages dans lesquelles l'auteur énumère les *causes de la baisse et de la hausse du baromètre* fussent refaites, ou, du moins, modifiées et rendues plus limpides. L'auteur dit, par exemple, que le baromètre baisse « lorsque l'air est humide », et il en donne l'explication suivante : « Comme les vapeurs d'eau sont plus légères que l'air sec, l'air qui les contient produit dans l'atmosphère libre une pression d'autant moins moindre qu'il en contient davantage. » L'auteur ajoute, un peu plus loin, que : « Le baromètre baisse par la condensation des vapeurs d'eau sous forme de nuages ou de précipitation » et il dit : « lorsque la précipitation se sépare et tombe sur la terre, la part de pression qu'exerçait la vapeur lorsqu'elle existait comme partie constitutive de l'atmosphère disparaît; aussi la précipitatiou est-elle la cause qui a le plus d'influence sur l'abaissement du baromètre. »

Mais, puisque la vapeur d'eau est plus légère que l'air et que sa présence dans l'air fait baisser le baromètre, lorsqu'elle disparaît, elle est remplacé par de l'air, plus lourd, ou par de l'eau, plus lourde encore, et on ne comprend pas que sa disparition puisse déterminer le même résultat que sa présence. Il y a là une apparente contradiction qu'il serait peut-être facile d'éviter, et que je signale au traducteur pour la prochaine édition.

Je trouve encore que les quinze lignes consacrées par l'auteur, p. 440, à l'arc-en-ciel, sont vraiment par trop insuffisantes. Il le décrit, mais il ne l'explique pas. Dire que « l'arc-en-ciel est produit tant par la réflexion de la lumière solaire que par sa réfraction à travers les gouttes d'eau », c'est énoncer une banalité. Mais pourquoi cette réflexion de la lumière solaire, et sa réfraction à travers les gouttes d'eau prennent-elles la forme d'un arc, et pourquoi ces phénomènes ne se produisent-ils que sur les gouttes d'eau de la circonférence, et point du tout sur celles de l'aire du cercle? Ces questions, et bien d'autres, méritaient, du moins, quelques mots.

J'aurais bien aussi quelques desiderata à présenter relativement aux cyclones, aux troubles et aux tornades. Mais la question est en litige, et jusqu'à ce que M. Faye ait satisfait ses derniers contradicteurs, il est peut-être mieux de ne pas élever d'exigence à cet égard.

En somme, la publication de « l'ouvrage de M. Mohn, ainsi que le dit M. de Parville, comble une lacune; c'est, en effet, un livre vraiment pratique, une sorte de grammaire météorologique où l'on apprend à épeler, à lire, à bien assembler les mots, à bien se pénétrer des règles, avant d'aborder les notions plus complexes... C'est le caractère même de l'ouvrage d'être, en même temps, très élémentaire et très élevé. Il aura le mérite rare de pouvoir être consulté par les savants et étudié par les jeunes gens, par les élèves de nos lycées et de nos écoles, par les gens qui voudront s'initier aux méthodes et aux faits de la météorologie pratique. Dans son extrême concision, le livre du professeur de l'Université de Christiania renferme des documents et des instructions que l'on aurait quelque peine à réunir en consultant un grand nombre de mémoires, de notes et de volumineux ouvrages. »

Je ne puis que souscrire à cette appréciation si juste, et encore une fois, en terminant, j'adresse toutes mes félicitations à M. de Parville pour avoir exposé, avec tant de clarté, la théorie de Maury. Désormais, il n'est plus permis de répéter ces vieux adages : « *Ubi vult flat ventus* »; « Rien n'est capricieux comme le vent. » Non, le vent est soumis à des lois rigoureuses qu'on commence à connaître et dont la détermination précise est l'un des objets les plus importants de la météorologie. — M. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DOUBLE PATENTE DES MÉDECINS DES EAUX MINÉRALES.

Parmi les médecins des eaux minérales, un certain nombre exercent pendant l'hiver à Paris ou dans les villes du midi. De ce fait, l'administration des contributions directes leur impose une double ou même une triple patente ; de là des débats et des réclamations dont la presse médicale s'est fait justement l'écho depuis longtemps.

Aujourd'hui, nos confrères, avec une persévérance des plus louables, viennent de porter leurs doléances devant la Chambre des députés sous forme d'une pétition à laquelle les médecins députés accorderont, pensent-ils, quelque attention. Ils demandent à être imposés une seule fois, soit à l'endroit où ils payent le loyer le plus élevé, soit à leur domicile légal. Rien de plus équitable, mais, nous le craignons bien, rien de moins facile à faire accepter par le fisc et surtout à faire plaider par nos députés. C'est là, sans doute, une bien modeste réforme! Malheureusement les médecins qui siègent au Parlement n'ont pu obtenir jusqu'ici l'oreille de leurs collègues, et encore moins, en faveur du corps médical, un peu moins d'indifference ou de malveillance de la part des pouvoirs publics. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle de la mort regrettable de M. Bouchardat qui appartenait à l'Académie depuis trente-six ans et avait été élevé, en 1866, au fauteuil de la présidence. M. Trélat rappelle, en quelques mots, les nombreux travaux de M. Bouchardat et les services considérables qu'il a rendus à la science et à l'enseignement dans sa longue carrière de chimiste, de pharmacien, de professeur d'hygiène à la Faculté et de membre de l'Académie.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cornil sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de présentation porte : En première ligne, M. Ranvier; en deuxième ligne, M. Voisin; en troisième ligne, M. Grancher; en quatrième ligne, M. Hanot.

VARIÉTÉS

LA RÉCOLTE ET LA CULTURE DE LA COCA EN BOLIVIE.

Le principal centre de production de la coca, en Bolivie, est le district de Caroïca. Aucune description, d'après M. H. Rusby, ne peut donner l'idée de l'escarpement des pentes sur lesquelles on cultive ce végétal. Ces vallées ont une altitude de trois à quatre mille pieds, sont formées de terrains schisteux, sablonneux ou argileux, et possèdent un climat qui paraît avoir une grande influence sur la qualité des feuilles. En effet, malgré les soins de culture dont elles sont l'objet, les plantations du Pérou, de l'Equateur et du Brésil, donnent des produits inférieurs à ceux de la Bolivie.

Cette qualité est en rapport avec l'humidité de l'atmosphère et la fréquence des pluies. De même cause est la différence des *feuilles douces*, plus pauvres en cocaïne et plus riches en alcaloïdes d'autre nature, avec les *feuilles amères* où la cocaïne est plus abondante.

Des l'enfance, les Indiens sont habitués à la récoltes des feuilles qui exige de l'habileté et dont la dessication doit être rapide et à l'abri de toute hnmidité. Elle s'obtient dans l'espace de quelques heures à peine. Vers l'âge de trois ans et demi, les jeunes plantations fournissent la première récolte, en mars et en avril. Trois mois plus tard, elles donnent leur première floraison.

La richesse des feuilles en alcaloïde, — circonstance importante au point de vue thérapeutique, — augmente jusqu'à la deuxième année, et diminue à dater de la vingtième. Enfin, deux fléaux dévastent les plantationss : la *taja,* maladie des feuilles produite par un champignon parasite, et l'*ulo*, chenille très avide des jeunes bourgeons. Il est probable que la culture de ce végétal pourrait être mise à l'essai en Algérie, en Corse et en Italie sur les revers méridionaux des Apennins. — C. L. D.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885 (1).

Changarnier (A.) : Les rétrécissements de la portion pénienne de l'urèthre. — Pilatte (Edouard) : Recherches expérimentales sur le bacille de la tuberculose, sa culture, son inoculation, son degré de résistance à quelques agents. — Bentkowski (Louis-Henri) : Etude sur un monstre exencéphalien. — Fauret (Pierre) : Traitement du phimosis par la dilatation. — Rey-Pailhade (J. de) : Sur la formation de l'hydrogène sulfuré dans l'organisme à la suite de l'ingestion de quelques médicaments. — Durand (Charles) : Sur les kystes hydatiques uniloculaires du foie. — Bolanos y Fundora (François-Xaxier) : Considération clinique sur les paralysies hystériques. — Ballacey (P.) : Étude sur l'antipyrine. — Marestang (L.-E.) : De la navigation comme cause de troubles menstruels. — Adoul (Fortuné) : Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'entropion. — Bonnefous (Louis) : La thyrotomie et ses applications. — Clément (H.-L.) : Étude sur la paraldéhyde. — Desmé (Charles) : Des reins flottants et de leur traitement. — Lutrand (Louis) : Contribution à l'étude de la taille hypogastrique pour l'extraction des calculs vésicaux chez l'homme. — Gautier (Léon): Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — Laval (Alphonse) : Etude clinique sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. — Lapeyre-Viguier (G.) : Du phlegmon des gaines synoviales tendineuses des fléchisseurs de la main. — Richard (Paul) : De l'anémie du Saint-Gothard. — Bizas (Christoff-Nicolas) : De l'influence de quelques maladies aiguës sur la grossesse et l'état puerpéral. — Sajous (A.) : De la folie paralytiforme; essai clinique. — Guittard (Georges) : Traitement des engorgements articulaires et des tumeurs blanches par l'appareil de Scott. — Hervé (Alphonse) : Symptômes de l'aorte chronique. — Bonnafé (Emile) : De l'emploi du caoutchouc dans le traitement local de l'eczéma et de quelques autres maladies de la peau. — Auret (Paul) : De l'exostose sous-unguéale. Carrié (Emmanuel) : De la litholapaxie, de ses contre-indications et de l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local. — Breton (Victor) : Etude physiologique et thérapeutique de l'antipyrine. — Mugnier-Motta (A.) : Contribution à l'étude des sutures tendineuses. — Cot (Louis) : De la déchirure du col de la matrice, de son rôle pathogénique et de son traitement. — Pradal (Victor) : Contribution à l'étude du chlorhydrate de cocaïne au point de vue de ses actions physiologiques et thérapeutiques. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

POMMADE D'HELMERICH MODIFIÉE. — P. Vigier.

Soufre porphyrisé	10	grammes.
Carbonate de potasse	5	—
Eau distillée	5	—
Vaseline jaune	40	—

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 avril 1886.

F. s. a. une pommade, conseillée contre la gale. Elle ne durcit point, et peut être préparée à l'avance, ce qui la rend préférable à celle que l'on obtient avec l'axonge.

N. G.

COURRIER

Un journal de médecine vient d'adresser aux médecins exerçant près les stations d'eaux minérales une circulaire dans laquelle il leur offre, moyennant *un versement de 100 francs*, d'insérer leurs noms chaque semaine, durant la saison thermale, au-dessous de leurs stations respectives, dans une section nouvelle qu'il inaugure sous la rubrique : « Stations thermales de la France, saison de 1886 ». Les noms des médecins qui auront versé la somme en question *figureront seuls* dans ce tableau hebdomadaire.

Les directeurs des journaux soussignés, persuadés que nul de leurs confrères des stations thermales ne voudra répondre à un semblable appel, n'en croient pas moins devoir protester avec énergie, au nom de la dignité professionnelle et de la dignité de la presse médicale, contre un procédé qui, cherchant à encourager en même temps qu'à exploiter des tendances regrettables, s'inspire d'un industrialisme jusqu'ici sans exemple dans la presse médicale, et ils espèrent que tous leurs collègues sans exception s'associeront à cette protestation.

Bulletin de thérapeutique, Courrier médical, France médicale, Gazette hebdomadaire, Gazette médicale, Revue d'hygiène, Tribune médicale, Union médicale.

— Par décret en date du 6 avril 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Piesvaux, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : M. Brédiem, médecin de première classe de la marine.

Institut Pasteur. — Le docteur G. Lattry, chirurgien de l'hôpital grec, à Smyrne, nous envoie la somme de 200 francs et nous avise qu'il souscrit pour 100 francs à la fondation de l'Institut Pasteur, et pour 100 francs à la création du fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose, proposée par M. Verneuil.

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien, au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 31 mai 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 27 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 12 mai, à trois heures.

Faculté de médecine de Paris. — La première épreuve éliminatoire (composition écrite) du concours du prosectorat s'est terminée mercredi soir 7 avril. La seconde épreuve (épreuve orale) a commencé le jeudi 8 avril; dans cette séance, les cinq candidats suivants ont passé : MM. Beurnier, Demoulin, Mérigot de Treigny, Lejars et Festal; la question traitée (question d'anatomie descriptive) a été : « Le corps strié, le cristallin et la zone de Zinn. » La seconde séance a eu lieu samedi soir pour les quatre derniers candidats : MM. Villemin, Hartmann, Hallé et Boiffin.

— Sont nommés membres de la délégation cantonale de l'enseignement primaire : pour le VIe arrondissement de Paris, M. le docteur Genevois; pour le XVIIIe arrondissement, M. Jossel, médecin du bureau de bienfaisance.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mounier, ancien professeur d'anatomie au Val-de-Grâce; du docteur Gérard (de Reims), décédé à l'âge de 37 ans; du docteur Vazeille (d'Issy); du docteur Caron (de Caen); du docteur Austin Flint, professeur de médecine à l'hôpital de Bellevue, à New-York,

président désigné du futur congrès international des sciences médicales, auteur d'un grand nombre de travaux ; du docteur Streatfield, professeur d'ophthalmologie à l'University College de Londres; du docteur Labrouche (de Bordeaux), mort à 49 ans, d'accidents pernicieux contractés au Sénégal.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 1er mai, à sept heures un quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour *les internes en exercice*) pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'interne en médecine *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Pioget, 23, rue Saint-Georges ; Bottentuit, 56, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Oeschner de Coninck, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

La crémation. — La Chambre vient d'adopter, par 323 contre 180, un amendement à la loi adoptée par le Sénat sur *liberté des funérailles*. Cet amendement, soutenu par le docteur Blatin (de Limoges) et tendant à rendre la crémation non obligatoire, mais facultative, est ainsi conçu :

Art. 3. — Le premier paragraphe de l'article 3 du texte adopté en première délibération est ainsi modifié :

« Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut déterminer librement le mode de sa sépulture, opter pour l'inhumation ou l'incinération, léguer tout ou partie de son corps à des établissements d'instruction publique ou à des sociétés savantes, et régler les conditions de ses funérailles, notamment en ce qui concerne le caractère civil ou religieux à leur donner. »

Grand chateau a Plessis-Piquet, près Sceaux (Seine), a vendre a l'amiable. — Cette propriété, ayant appartenu à la duchesse douairière d'Orléans, comprend : outre le château, précédé d'une grande cour d'honneur, de vastes bâtiments contenant 61 chambres, chapelle, orangerie, serre, écuries et remises, étables, laiterie, granges, etc.

Un pavillon attenant à l'orangerie constitue dans le parc une habitation distincte.

La propriété contenant 16 hectares, comprend le grand étang empoissonné du Plessis-Piquet, d'une étendue de 2 hectares 20 ares, et deux parties principales séparées par la route de Fontenay-aux-Roses au Plessis-Piquet et communiquant par un tunnel.

Le parc, entièrement clos de murs et dessiné à l'anglaise, est planté d'arbres de haute futaie et présente de belles vues sur la campagne, notamment du belvédère de Châtillon.

Les eaux sont distribuées à l'aide d'un réservoir pour l'eau de Seine, et d'un système de canalisation dans le parc et les potagers.

Cette propriété pourrait convenir à un grand établissement hospitalier, à une maison de santé, de convalescence, etc.

Moyens de communication. — 1° En voiture particulière. — Trente-cinq minutes de la porte de Montrouge, en passant par Bagneux et Fontenay-aux-Roses.

2° Chemin de fer de Sceaux. — Station de Fontenay-aux-Roses. — Omnibus pour Robinson, à quelques minutes du Plessis-Piquet.

3° Tramways partant de Saint-Germain-des-Prés, en s'arrêtant à Fontenay-aux-Roses, chemin de la Cavée.

S'adresser, pour les permis de visiter et tous renseignements relatifs à la vente :

1° A Me Delapalme, notaire à Paris, rue de la Chaussée-d'Antin, 15;

2° A Me Prudhomme, notaire à Paris, rue Gaillon, 6;

3° A Me Renaudin, notaire à Sceaux.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Lancereaux : Sur les brusques et fortes élévations de température dans le cours des maladies fébriles aiguës. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — III. Variétés : De la photographie instantanée dans l'étude des mouvements du cœur et des mouvements péristaltiques. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Sur les brusques et fortes élévations de température dans le cours des malades fébriles aiguës.

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

Messieurs,

Je viens d'observer, dans la clientèle de la ville, une scarlatine d'apparence régulière, et qui s'est brusquement terminée par la mort à la suite d'une élévation subite de la température. De tels faits ont une importance pratique considérable, et il me paraît utile de vous tenir en garde contre de pareilles éventualités.

La plupart des maladies fébriles aiguës, infectieuses, telles que fièvre éruptive, fièvre typhoïde, pneumonie, etc., ont une évolution définie, en quelque sorte cyclique. Elles procèdent par septénaires, et il est possible de prévoir, sinon de prédire, l'instant où elles se termineront. On s'habitue à l'idée de la marche régulière de ces affections; il y a plus, chacun de nous doit être pénétré de cette notion, pour n'être pas tenté de troubler le processus naturel par une intervention maladroite.

Mais tous les faits ne se plient pas à cette loi. Cette évolution classique de la maladie peut être dérangée tantôt par des complications matérielles, tantôt par l'apparition soudaine de troubles dynamiques d'une gravité redoutable. Dans ce dernier cas, au cours de l'affection ou même pendant la convalescence, tout d'un coup, sans cause apparente, on voit la tem-

FEUILLETON

CAUSERIE

Une profession salubre.

Il y avait fort longtemps que je n'avais vu mon ami Balarec, et je m'en étonnais médiocrement, sachant qu'il passe la saison froide dans une torpeur de marmotte, immobile au coin de son feu et maussade comme l'hiver même. Ces mois de réclusion, il les emploie à vitupérer contre la nature et le genre humain, à pester contre la neige, la pluie, le vent et les courants d'air, qu'il considère comme autant de vexations suscitées contre lui personnellement par des ennemis tout-puissants autant qu'inconnus; pour conformer ses occupations à la tournure de ses pensées, Aristide Balarec consacre ses hivers à l'achèvement d'un ouvrage intitulé : *Des différents modes de sépulture chez les animaux*, vaste compilation sur laquelle son auteur compte beaucoup, d'abord pour faire événement dans la science, ensuite pour lui créer des droits à une place qu'il ambitionne, celle de chef du bureau de la crémation au ministère des travaux publics.

J'ai donc rencontré dernièrement mon ami Balarec, guéri de sa misanthropie hiémale, et revenu à l'existence avec les premiers rayons de soleil. Il était tout guilleret, et répondit avec effusion au plaisir que je témoignais de le revoir; cependant il me parut distrait, et me déclara bientôt qu'il ne pouvait prolonger davantage l'entretien, ses

pérature s'élever considérablement, le délire apparaître, et la mort survenir rapidement. C'est avec ces désordres mal déterminés et assez peu connus que le médecin a le plus à compter, c'est devant eux qu'il reste le plus souvent impuissant.

Vers 1866, un de mes anciens maîtres, Rayer, soignait en ville une jeune fille atteinte de scarlatine. Un jour il va la voir, et la trouvant bien, sans fièvre, il dit aux parents de la considérer comme hors d'affaire. Il était à peine remonté dans sa voiture qu'on accourt le rappeler. Des accidents graves venaient d'éclater, et, quelques heures après, la malade succombait.

Il y a quelques jours, j'étais mandé pour une jeune femme d'une trentaine d'années, bien constituée, bien portante, quoique très nerveuse, et qui commençait une scarlatine. Dans la nuit, elle avait été prise de mal de gorge avec fièvre modérée. Les piliers et le voile du palais étaient rouges, les amygdales légèrement tuméfiées et recouvertes d'un enduit pultacé. Le surlendemain, l'éruption était caractérisée, la température à 40°; la malade accusait un peu d'oppression sternale. Le même jour, au soir, il me sembla que la paupière supérieure du côté droit était légèrement abaissée. Pas d'autre symptôme encéphalique, pas de délire. Le pouls était à 96, la respiration à 36. Rien à l'examen clinique des organes. La nuit fut calme, et, le lendemain, tout alla bien jusque vers deux heures de l'après-midi. Alors commence un délire doux, tranquille, accompagné d'élévation de la température, d'une légère agitation. A six heures, le délire s'accentue tout à coup, la malade s'agite, crie, cherche à se lever; elle a, à plusieurs reprises, des vomissement bilieux.

A ce moment même, j'arrrivai près d'elle. Je lui trouvai les traits profondément altérés, l'œit terne et excavé, le visage pâle, lés lèvres cyanosées. L'éruption avait pâli. Je me demandai d'abord si l'altération de la physionomie n'était pas l'effet du vomissement. Mais ayant appliqué un thermomètre sous l'aisselle, je constatai, au bout de trois minutes, que la température dépassait déjà 40°. Dix minutes plus tard, la malade s'étant

---

affaires le réclamant sans retard. Avait-il donc obtenu sa place de chef de bureau? Etait-ce pour retourner à son ministère qu'il me quittait brusquement, et la crémation lui donnait-elle déjà tant de besogne qu'il n'eût plus un moment de loisir? Dans l'état où je voyais Balarec, je me figurais difficilement sa transformation en parfait bureaucrate, car son costume prostestait contre toute familiarité avec le rond de cuir et les cartons verts que l'Europe a le tort de nous envier. Coiffé d'un feutre mou, vêtu d'un gros veston avec d'immenses poches, cravaté d'un foulard multicolore et chaussé de guêtres de cuir, pouvait-il dans cet accoutrement rustique affronter la solennité d'un ministère, fût-ce même celui de l'agriculture? Je demandai donc à mon ami à quelles affaires il était si pressé de se rendre, quelle situation il avait trouvée pour utiliser son intelligence, depuis qu'il avait coulé à fond la question des différents modes de sépulture chez les animaux.

— J'ai en effet une position, me répondit Balarec, qui me donne beaucoup de besogne et qui exige de ma part une assiduité de tous les instants; car, dans ce genre de travail, les minutes sont précieuses, et, plus que partout ailleurs, le temps perdu ne se rattrape jamais. Ma tâche de chaque jour ne peut pas se recommencer le lendemain; il faut que je saisisse au vol l'occasion fugitive que je ne retrouverai pas si je la manque.

— Vous voilà loin, avec une pareille chaîne, de votre penchant pour la vie contemplative et de votre insoumission à toute règle. Pensez-vous que vous puissiez supporter longtemps cette servitude et conserver la place qui vous absorbe tant?

un peu calmée, il fut possible de lui laisser le thermomètre plus longtemps, cinq minutes; il marquait 42°5. Le pouls qui jusque-là était demeuré perceptible, malgré sa grande faiblesse, cessa d'être senti. La respiration devint convulsive, saccadée, intermittente, tandis que les traits du visage se décomposaient de plus en plus et que la pâleur se prononçait davantage.

La mort survint à sept heures et demie, cinq heures après le début des accidents; la température axillaire était, en dernier lieu, de 41°5.

Ce fait n'est pas le seul qui se soit présenté à mon observation. Il y a cinq ans, en 1881, un de mes excellents confrères vint me chercher vers huit heures du soir. Ses deux fils étaient atteints de scarlatine : l'un était en convalescence; l'autre, arrivé à la fin de sa maladie, avait été pris, vers six heures du soir, de délire et d'une élévation brusque de température. Que fallait-il faire? J'engageai mon confrère à mettre le malade dans un bain froid. Mais, quand j'arrivai chez lui à neuf heures, son fils venait d'expirer. Il était âgé de 18 ans.

Un an plus tôt, j'avais été appelé un dimanche matin auprès d'une jeune Anglaise de 18 ans, arrivée au septième jour d'une scartatine. Elle était soignée par un confrère qui l'avait trouvée si bien la veille au soir qu'il avait cru pouvoir s'absenter et aller passer son dimanche à la campagne. J'arrive en présence d'une jeune fille splendide, admirablement constituée, en proie à un délire effrayant. Elle s'agitait, se frappait la poitrine, se déchirait les seins. La peau était chaude, brûlante, le pouls petit et précipité, la respiration accélérée et, de temps à autre, il se produisait des convulsions de quelques-uns des muscles du visage. Je manquais d'un thermomètre; mais il me fut facile, d'après les renseignements fournis, de m'assurer que ces accidents se liaient à une brusque élévation de la température. Je prescrivis une potion avec laudanum et teinture de digitale, et je proposai un bain froid qui fut immédiatement accepté. Il est vrai de dire qu'il s'agissait de parents anglais. La jeune fille fut placée dans un bain à 28°; en y ajoutant de l'eau froide, j'en abaissai progressivement la température

---

— Rassurez-vous; la mission que je remplis est essentiellement temporaire; elle a commencé il y a une quinzaine de jours à peine, et doit durer en tout six semaines ou deux mois seulement. Quand j'aurai mis en train l'exploitation à laquelle je suis attaché aujourd'hui, je pourrai me reposer jusqu'à l'année prochaine.

— Je vous reconnais mieux ainsi, mon cher Balarec, et d'après ce que vous venez de me dire, je suppose que vous avez accepté un de ces emplois pour lesquels le gouvernement recrute un personnel supplémentaire, que l'on remercie quand on n'en a plus besoin. Je parie que vous travaillez aux finances pour l'émission de l'emprunt? A moins que vous ne soyez à la préfecture de la Seine, en train de confectionner des listes de scrutateurs pour l'élection du remplaçant de Rochefort?

— Vous n'y êtes pas, dit là-dessus Balarec, qui souriait malicieusement de ma curiosité et de mes suppositions. Je ne dépends d'aucun ministère, d'aucun gouvernement, si ce n'est du ministère du printemps et du gouvernement de l'univers; je n'ai d'autres chefs que le soleil et la rosée, et les tapisseries de mon bureau, ce sont les vertes tentures qu'avril suspend aux arbres et déroule sur la terre. Je ne touche pas d'appointements, mes fonctions sont honorifiques et bénévoles; je m'y suis nommé moi-même, et tout le monde peut en faire autant; j'ai aussi un titre, que je me suis conféré, et que chacun peut prendre si le cœur lui en dit; je suis *inspecteur de la végétation*. Comprenez-vous, avec le nombre d'inspecteurs de toute espèce qu'il y a dans un pays civilisé, qu'on n'en ait jamais désigné pour inspecter les seules choses intéressantes qui arrivent sous le ciel, l'éclatement des bourgeons, le rire de toutes les plantes, les coquetteries des

jusqu'à 16° environ. Elle en sortit plus calme; mais, une fois sur son lit, elle eut encore une grande agitation; puis, quelques minutes plus tard, elle s'endormit pendant deux heures; le lendemain, elle était sans fièvre et en pleine convalescence. Huit jours plus tard, elle partait, pour l'Angleterre, complètement guérie.

Les faits de ce genre sont moins communs dans la rougeole. Lors de la dernière épidémie de rougeole qui sévit à Paris, il y a environ un an, j'eus à soigner une jeune fille de 12 ans, d'une constitution robuste. La maladie eut une intensité moyenne et une marche régulière. A part un mal de tête qui survint vers le cinquième jour, tout alla très bien, et le septième jour au soir la fièvre tombait entièrement. Le lendemain, huitième jour de la maladie, la jeune fille était gaie et semblait convalescente. Le matin, elle se mit à lire et à étudier dans son lit; mais, vers onze heures et demie, on s'aperçut qu'elle prononçait des paroles sans suite, qu'elle s'agitait, avec convulsions partielles des muscles de la face. A mon arrivée, vers une heure, le thermomètre marquait 41°4. Un bain froid abaissa la température à 39°, mais ne calma la malade que pour un instant. Bientôt la fièvre remonta au même taux, et le délire s'accentua avec soubresauts des tendons et même quelques convulsions partielles. A cinq heures, je vis la malade avec mon excellent maître, le docteur Bergeron, qui ne se rappelait pas avoir observé de semblables faits dans la rougeole, sauf peut-être une fois. Un nouveau bain fut suivi d'une nouvelle rémission momentanée. Mais les accidents reparurent presque aussitôt et, dans la nuit, commença une agonie qui dura vingt-quatre heures.

Les fièvres éruptives n'ont pas le monopole de ce genre d'accidents. Ces *crises de température* peuvent se rencontrer dans la plupart des maladies aiguës, et vous savez l'importance qu'on accorde aux perturbations thermiques dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie. Mais la maladie qui fournit le type de ces désordres, c'est le rhumatisme articulaire aigu. Dans l'étude qu'on en a faite, ils ont été généralement décrits, du moins chez nous, sous le nom de *rhumatisme cérébral*.

---

feuilles et des fleurs qui déchirent leurs robes grises pour se montrer toutes nues et nous provoquer sans vergogne? Vous m'avouerez que ces saturnales du printemps valent bien qu'on s'en occupe et qu'on les surveille; l'emploi était vacant, je me le suis adjugé, et je vous affirme que ce n'est pas une sinécure.

Il faut d'abord que je sache le jour précis où les premières pousses de tous les végétaux montrent le bout de leur nez; et comme ce jour n'est pas le même pour tous, il me faut être constamment sur la brèche pour tenir au courant mon registre d'entrée des nouveaux arrivants. Je vous assure que je trouve un charme infini à assister à ces naissances, à servir de parrain à la progéniture des bois et des jardins, et que je me sens des entrailles de père pour ces petits êtres; vraiment, la première feuille d'aubépine que j'ai vue agiter sa tête fine et luisante au milieu d'une haie m'a fait de l'impression comme si j'y étais pour quelque chose.

Non seulement chaque famille de plantes pousse à son heure, au terme de sa gestation; mais, dans une même famille, les individus sont plus ou moins précoces et ne vont pas du même train; voyez les arbres de nos jardins, il n'y en a jamais deux qui soient exactement au même point dans leurs progrès, et ces inégalités de caractère me causent les plus grands soucis. Il y a les imprudents qui mettent toute voile dehors à la première tiédeur, au risque de se faire griller par la lune rousse; il y a les retardataires qui n'en finissent pas de s'habiller, et qui sont encore en manches de chemise quand leurs voisins sont déjà drapés de pied en cap. J'exhorte ceux-ci à se hâter, ceux-là à modérer leur ardeur en leur expliquant les dangers qui les menaceront s'ils ne sont pas

Tous les faits ainsi désignés ne relèvent cependant pas de l'hyperthermie, car cette expression compréhensive a souvent servi à réunir des cas absolument disparates. Si vous parcourez les observations, vous en trouverez où il ne s'agit d'autre chose que de délire alcoolique aigu chez des rhumatisants; puis, à côté, vous en verrez où il est question de méningite, et même de méningite suppurée, et on se demande si c'était vraiment la fièvre rhumatismale qui était en cause, ou plutôt une infection à localisations multiples sur les articulations et sur les méninges, un pseudo-rhumatisme infectieux.

Les médecins anglais ont nettement démontré la relation existant entre les troubles cérébraux graves du rhumatisme franc et l'élévation de la température. Quand ces accidents éclatent, l'hyperthermie se manifeste en même temps; et quand l'effort thérapeutique a abaissé la température, le malade redevient calme. Donc, en présence de désordres cérébraux au cours du rhumatisme, il importe d'abord d'appliquer le thermomètre pour déterminer la variété à laquelle ils appartiennent, et pour chercher dans l'hyperthermie une indication thérapeutique. Ces accidents surviennent parfois avec une brusquerie, une violence inouïe. Dans une observation de Ringer, le malade allait quitter l'hôpital quand il succomba en deux heures avec 43° de température. Un de mes malades, jeune homme de 27 à 28 ans, au cours d'un rhumatisme d'apparence bénigne, fut emporté trois ou quatre heures après le début des accidents.

Qu'il s'agisse d'une fièvre éruptive, d'un rhumatisme articulaire ou de toute autre maladie aiguë fébrile, les accidents en question se présentent avec une physionomie assez semblable, comme si leur pathogénie était univoque. Ce qui ouvre la scène, c'est l'élévation de la température. Les malades divaguent légèrement, s'agitent; et parfois, lorsqu'ils sont jeunes, ils présentent quelques mouvements convulsifs. La respiration s'accélère, le pouls monte à 120 ou au-dessus. Le visage s'anime, les yeux s'injectent, et alors survient la phase de délire bruyant, d'agitation extrême, ou

---

plus raisonnables. Ainsi, j'ai obtenu que le marronnier du 20 mars, auquel il arrivait toujours malheur pour son impétuosité, rentrât dans le rang comme les camarades; et vous avez pu voir qu'il n'y a plus de marronnier du 20 mars. Ils sont assez à plaindre, les honnêtes marronniers, quand survient une tempête qui les surprend en plein épanouissement; leurs pauvres feuilles, arrachées par milliers, jonchent alors le sol comme les victimes d'un carnage, et celles qui restent à leur poste, épouvantées de la mort violente de leurs sœurs, se font imperceptibles, n'osent plus s'étaler et restent pliées contre leur tige comme des petits parapluies d'enfant. Les gelées tardives et les bourrasques, voilà ce qui me tient dans des transes continuelles; les caprices du baromètre et du thermomètre m'émotionnent plus, je dois l'avouer, que toutes les péripéties de la question d'Orient.

Vous pourriez croire que les arbres fruitiers sont un des principaux sujets de mes inquiétudes; détrompez-vous. Les arbres fruitiers n'ont qu'une période agréable dans leur existence, celle où ils ne portent pas de fruits, mais seulement des fleurs; oui, je souffre, quand je vois un vent brutal éparpiller la poudre blanche des pommiers ou la poudre rose des pêchers; n'est-il pas odieux de voir détruire d'un souffle ces parures si riantes et si longuement préparées?

Aussi, je suis à la piste des arbres qui vont fleurir, et les premières corolles qui s'entrouvrent me voient penché sur leurs jolis visages; quand elles tombent ensuite, je les regrette pour elles-mêmes, mais non pour les poires ou les pommes qui manqueront à la récolte, et qu'on ne pourra pas vendre trois francs dans les restaurants.

même de mouvements convulsifs. Puis, le pouls s'affaiblit, l'excitation fait place à l'épuisement ; il survient quelquefois des vomissements, le visage se décolore et les traits se tirent ; le malade tombe enfin dans le coma, et la mort devient proche. La température atteint une élévation excessive; Wilson Fox a trouvé 43°8 dans un cas de rhumatisme cérébral. Dans l'observation de scarlatine que je rapportais tout à l'heure, le thermomètre marquait, dans l'aisselle, 42°5 au bout de cinq minutes. Ainsi, on observe dans ces crises de température des maladies aiguës, comme dans certains accès pernicieux, les limites extrêmes de l'hyperthermie.

Le diagnostic de ces complications est relativement aisé. Quand, au cours d'une maladie fébrile aiguë, vous voyez subitement apparaître du délire, de l'agitation, avec ou sans vomissements, appliquez le thermomètre : le degré de la température vous renseignera. Avec une méningite, l'hyperthermie n'est pas aussi considérable, et d'ailleurs, presque chaque fois que, dans le rhumatisme, par exemple, on a diagnostiqué une méningite, l'autopsie a révélé l'existence d'une simple congestion, ou encore de l'opalinité ancienne des méninges, jamais d'exsudats récents. L'urémie coexiste peu avec une température élevée ; la plupart du temps, elle s'accompagne d'un abaissement notable qui rend le diagnostic facile.

Le pronostic est d'une haute gravité. Dans la statistique de Wilson Fox, qu'on peut considérer comme favorable, sur 22 cas de rhumatisme cérébral hyperthermique, la mort est survenue 19 fois ; sur cinq cas vus par moi, il existe une seule guérison.

Quelles sont les conditions pathogéniques de ces accidents ? Puisque l'élévation de la température est le phénomène initial, puisque son fastigium coïncide avec les désordres les plus accentués, puisque sous l'influence du bain froid les accidents s'amendent avec la température il est naturel qu'on soit conduit à les rapporter à l'hyperthermie. Pour élucider ce problème, on s'est adressé à l'expérimentation physiologique. D'après les expériences pratiquées sur des animaux dont on élève artificiellement la température, quel que soit le mode d'administration de la chaleur, la mort

---

Un seul légume me paraît digne d'attention, la pomme de terre, pour ses mérites, et pour la gravité mélancolique de toute sa personne. On la dirait une veuve inconsolable avec ses sombres vêtements de deuil et ses fleurs qui ont toujours l'air triste. Je devine bien la cause de cette tristesse ; elle nous supplie d'épargner les enfants qu'elle cache sous la terre, qu'elle couve sans nous les laisser voir, et que nous irons sans pitié expulser à coups de pioche de leur domicile, pour leur infliger le supplice de la friture ou de la purée. La pomme de terre, qui est incontestablement une bonne mère, nous offre encore, comme preuves de sa nature délicate et sensible, les nombreuses maladies auxquelles elle est sujette.

Cette année, les premières violettes sont venues au pied d'un noisetier, sous un petit tas de feuilles sèches, dans la forêt de Saint-Germain. Je les cherchais depuis longtemps, quand leur parfum, distillé par un clair soleil de mars, me fit les découvrir ; elles étaient trois qui redoublaient d'efforts pour s'allonger vers la lumière, et elles me firent bon accueil, averties par leur instinct que je n'étais pas un ennemi. Car vous saurez que jamais je ne cueille une fleur, ni une branche d'arbre ; j'éprouve autant de répugnance pour ces mutilations qu'à maltraiter les animaux, convaincu que les plantes ont aussi leur manière de ressentir la douleur ; d'ailleurs, elles sont faites pour vivre à l'air et sous le ciel bleu ; une branche de lilas ou une touffe de roses, ravissantes à leur place et dans leur cadre, sont ridicules et me font de la peine quand je les vois domestiquées pour notre agrément et réduites au régime d'eau claire que nous leur infligeons. Je n'ai chez moi que des fleurs artificielles ou en peinture.

arrive à une limite fixe, à savoir dès que la température dépasse de 4 à 5° sa moyenne normale.

L'ensemble des phénomènes observés chez les animaux reproduit assez fidèlement ceux que nous avons décrits chez l'homme : d'abord agitation, puis accélération du pouls et de la respiration, enfin convulsions, coma et mort. A l'autopsie, le sang est liquide, les centres nerveux sont congestionnés, le foie, les muscles, le cœur jaunâtres et mous, offrent à l'examen histologique un certain degré de désintégration granulo-graisseuse de leurs éléments. Ce sont là des lésions assez semblables à celles que l'on a constatées chez l'homme dans les cas qui nous occupent.

L'expérimentation se trouve donc ici d'accord avec l'observation clinique. Mais cette hyperthermie initiale elle-même, quelle en est la raison ? C'est le moment de faire intervenir quelques hypothèses dont l'une au moins répond peut-être à la réalité, mais qui ont besoin de démonstration scientifique. Les physiologistes s'entendent pour localiser dans le bulbe les centres thermogènes et thermo-frénateurs. Pour user de l'expression de Claude Bernard, l'organisme humain pourrait, à l'aide de son système nerveux, « faire sur place du chaud et du froid », et l'on sait comment à ce point de vue le grand physiologiste opposait le système sympathique vaso-moteur aux nerfs calorifiques dont le type est la corde du tympan. La plupart des maladies où se produisent ces brusques hyperthermies appartenant à la classe des infections, ne peut-on supposer une action directe des microbes sur le bulbe ? D'un autre côté, il paraît plus naturel de mettre en cause les alcaloïdes toxiques, ptomaïnes ou leucomaïnes, dont les travaux récents font pressentir le rôle dans les processus pathogènes. Ces alcaloïdes peuvent, à un certain moment, s'accumuler dans l'organisme ; et, si les émonctoires ne suffisent pas à leur élimination, ils mettent peut-être en jeu l'excitabilité spéciale de certains centres bulbaires au point de produire les accidents qu'on sait. Du reste, de pareilles interprétations s'adaptent à bien d'autres phénomènes pathologiques. Les abaissements de température de l'intoxication urémique, aussi bien que les convulsions qui la traduisent,

---

Mais laissez-moi vous dire adieu, ajouta Balarec après m'avoir exposé tout d'un trait les charges et l'utilité de son emploi ; il faut que je coure dans les bois de Meudon, où les renoncules sont attendues, et que j'aille ensuite du côté d'Enghien, où un plant de primevères doit fleurir ce soir ou demain matin. En vous serrant la main, un conseil : vous qui vous creusez la tête pour les progrès de l'hygiène, recommandez-donc à vos clients, comme une des plus salubres, ma nouvelle profession d'*Inspecteur de la végétation*. Ils s'en trouveront fort bien.

P. Dubray.

Solution contre l'ozène. — W. Fugni-Thomton.

Carbonate de soude	ää 3 gr. 50 cent.
Borate de soude	
Liqueur de Labarraque	1 — 80 —
Glycérine	90 grammes.
Eau simple	240 —

F. s. a. une solution conseillée sous forme de pulvérisations contre l'ozène. — On prescrit en outre un traitement général approprié à l'état diathésique du sujet, qui peut être syphilitique, scrofuleux ou herpétique. — N. G.

---

relèvent pour beaucoup d'auteurs d'une nutrition viciée du système nerveux central, ou mieux de l'action d'un agent toxique sur ce même système. Certaines altérations hépatiques peuvent encore modifier la température et le système nerveux par des procédés analogues.

La recherche des indications thérapeutiques nous place en dehors du domaine de l'hypothèse. Un fait est à retenir, c'est l'élévation de la température, qui doit surtout préoccuper le médecin.

Pour satisfaire à cette indication, il est un moyen qui prime tous les autres : l'eau froide. On administre un bain tiède que l'on refroidit ensuite de façon à soustraire plusieurs degrés de température au malade ou bien on pratique l'enveloppement dans un drap mouillé. Dans le public français, on trouve des résistances. Il faut alors montrer la mort comme imminente et insister sur cette unique chance de salut. Si l'on refuse, dégagez votre responsabilité, et essayez encore d'être utile à votre malade par l'administration de certains médicaments, en tête desquels se placent la quinine et la digitale.

Si l'on était nettement fixé sur la genèse des accidents en question, on serait mieux en mesure de les prévenir. Dans l'hypothèse de la rétention de produits toxiques au sein de l'organisme, surveillez les fonctions de tous les grands émonctoires, de la peau, de l'intestin, du rein. Mettez en pratique le vieux précepte qu'il faut, au cours des maladies aiguës, favoriser les excrétions et vous vous en trouverez bien ; puis, si malgré tout survient une élévation de température, n'hésitez pas à administrer de suite un bain frais que vous refroidirez et renouvellerez ensuite selon les besoins. De cette façon vous obtiendrez parfois des résultats avantageux dans les cas graves dont j'ai tenu à vous entretenir ; ce sera la meilleure des récompenses que vous puissiez espérer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 avril 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

Avant l'ouverture de la séance, les banquettes du pourtour sont garnies de public. Les places soi-disant réservées à la Presse sont envahies par des auditeurs nouveaux. Il serait si simple, cependant, de placer à cet endroit un écriteau indicateur ! M. le professeur Grancher est assis dans l'hémicycle, devant le bureau. Il y aura une communication sur la rage.

M. le Secrétaire perpétuel annonce à l'Académie que le centenaire de la mort de Parmentier sera célébré à Montdidier le 26 de ce mois. La municipalité de cette ville serait heureuse qu'une délégation de l'Académie voulût bien assister à la cérémonie.

A ce moment, M. Chevreul entre dans la salle et vient prendre, sa place habituelle. On m'a conté, l'autre jour, un joli mot de ce vénéré « doyen des étudiants. » Un de ses confrères de l'Institut lui disait : « C'est dommage que votre centième anniversaire tombe le 22 août. A cette date, nous sommes presque tous en vacances, et, pour ma part, j'aurai le regret de ne pouvoir vous offrir mes félicitations de vive voix. — Qu'à cela ne tienne, répondit M. Chevreul, on peut remettre cette petite fête au mois de novembre; j'attendrai volontiers jusque-là. »

M. Pasteur donne lecture d'une note que nos lecteurs connaissent déjà sans doute et que nous résumons sommairement.

Au 12 avril, le nombre des malades traités par la méthode prophylactique de la rage

s'élevait à 728, appartenant à toutes les nationalités; il y a, dans ce nombre, cinq Allemands. Je dois donc retirer la réflexion qui, lors de la première communication de M. Pasteur, m'avait été suggérée par l'absence des Allemands parmi les clients de la rue d'Ulm. Je le fais avec plaisir.

Sur ces 728 malades, 688 ont été mordus par des chiens; ils ont tous guéri, à l'exception d'une jeune fille traitée après le trente-septième jour seulement; 38 ont été mordus par des loups et 3 sont morts; les autres, jusqu'à présent, vont bien.

M. Pasteur énumère les documents qu'il a pu recueillir sur les morsures par loups enragés depuis 1706. Ces documents montrent que, sur 100 mordus, il en meurt 82. En Russie, la croyance générale est que toute morsure par loup enragé est mortelle. M. Pasteur se demande s'il ne conviendrait pas de pratiquer, dans ces cas, les inoculations plus tôt, de les faire plus nombreuses et moins atténuées?

M. Gosselin dépose sur le bureau, de la part de M. Riant, 4 volumes contenant des études d'hygiène. Le dernier de ces volumes, intitulé : *Hygiène scolaire*, est parvenu à la 7e édition.

MM. Mairet et Combemale adressent une note sur l'*action thérapeutique de l'uréthane* :

« Chez 37 malades atteints d'agitation et d'insomnie sous la dépendance d'aliénations mentales de forme et de nature différentes, nous avons administré l'uréthane plus de 300 fois à des doses variant entre 0 gr. 50 et 5 gr. dans les vingt-quatre heures. Et afin que, si, après l'administration de l'uréthane, nous obtenions le sommeil, ce sommeil ne pût être attribué à une simple coïncidence, nous n'avons employé cette substance que sur des malades chez lesquels nous connaissions l'évolution de l'agitation et, dans les cas où cette évolution ne nous était pas connue, nous avons donné ce médicament au même malade à différentes reprises. L'uréthane, dissous dans une potion aqueuse édulcorée et aromatisée, était administré par la bouche, en une seule fois, le soir, un quart d'heure avant le coucher.

« Au point de vue de leur forme et de leur nature, nos 37 cas d'aliénation mentale doivent être divisés de la manière suivante : manie, 13; lypémanie, 2; folie des persécutions avec perversions sensorielles, 3; démence simple consécutive à la manie ou à la lypémanie, 9; démence par athéromasie, 3; démence paralytique, 7.

« Dans la démence par athéromasie et dans la démence paralytique, et cela malgré les doses élevées que nous avons employées, nous n'avons obtenu aucun effet hypnotique précis. Dans les autres formes d'aliénation mentale (manie, lypémanie, folie des persécutions, démence simple consécutive à la manie et à la lypémanie), les effets varient suivant l'intensité de l'agitation. Lorsque l'agitation est trop considérable, il ne se produit aucune action somnifère : il semble même que le médicament augmente la surexcitation. Lorsque l'agitation est moins intense, on obtient le sommeil, sommeil qui présente les caractères suivants : il est calme, régulier, sans cauchemar, cède facilement aux excitations extérieures, mais reprend aussitôt que cessent ces excitations, dure de cinq à sept heures, et, au réveil, le malade n'accuse aucune sensation anormale. L'examen attentif que nous avons fait des différentes fonctions et de la nutrition générale ne révèle aucun trouble particulier, même lorsque l'administration du médicament est longtemps continuée, pendant quinze jours par exemple.

« Pour arriver à produire le sommeil, l'uréthane doit être administré à des doses variant entre 2 et 5 grammes, suivant les cas; au-dessous de ces doses, nous n'avons rien obtenu. Lorsqu'on emploie, dès le début, la dose maxima (5 gr.), si cette dose ne produit pas le sommeil dès la première prise, l'administration du médicament ne doit pas être continuée : il resterait sans action.

« L'effet hypnotique se fait généralement sentir très rapidement; parfois cependant, mais rarement, il peut se faire attendre une heure ou deux. L'action somnifère de l'uréthane s'use assez vite. Au bout de trois jours, dans certains cas, six jours ou sept jours dans d'autres, cette action est épuisée, et il faut laisser le malade se reposer pendant quelques jours, si l'on veut demander les mêmes bons effets à l'uréthane. Il est à remarquer que, dans les limites indiquées ci-dessus, plus le sommeil produit est rapide et profond, plus vite s'use l'action de l'uréthane.

« Tels sont les résultats que nous a donnés l'emploi de l'uréthane chez les aliénés. Des faits qui précèdent, il résulte : 1° que, dans les cas où le cerveau est altéré organiquement (démence par athéromasie, démence paralytique), l'uréthane n'a aucune action somnifère ; 2° que, dans les cas d'aliénation mentale fonctionnelle, peu importe la forme revêtue par cette dernière ; l'uréthane peut avoir une action hypnotique, à la condition que l'insomnie ne soit pas liée à une agitation trop intense.

« Comment agit l'uréthane pour produire le sommeil? Nos recherches physiologiques (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 20 mars 1886) nous ayant indiqué que cette substance porte primitivement son action sur le système nerveux et que le sommeil qui est la conséquence de cette action s'accompagne d'une congestion active et passive, surtout passive, de l'encéphale, nous devons nous demander si ce n'est pas exclusivement dans les cas d'aliénation mentale avec anémie cérébrale que cette substance exerce ses effets hypnotiques. Les faits nous démontrent qu'il n'en est pas ainsi. En effet, d'une part, nous avons vu le sommeil être procuré à des malades chez lesquels l'insomnie s'accompagnait de phénomènes congestifs de l'encéphale ; et, d'autre part, nos recherches nous prouvent que ce sommeil est indépendant de la circulation générale : les lésions cardiaques ne le favorisent ni ne l'entravent. Un autre élément que la circulation doit donc intervenir pour expliquer l'action hypnotique de l'uréthane. Or, si nous comparons entre eux les faits dans lesquels cette substance a amené le sommeil, nous voyons que tous ces faits ont un élément commun, la mauvaise nutrition. C'est, en effet, dans les cas où la nutrition générale est altérée et où la cellule nerveuse mal nourrie est affaiblie, d'où non seulement surexcitation cérébrale, mais encore éréthisme nerveux plus ou moins considérable, que l'uréthane produit le sommeil, lequel serait, par conséquent, surtout dû à une action directe sur la cellule nerveuse.

« En aliénation mentale, l'uréthane répond donc, comme agent hypnotique, à des indications restreintes, mais précises ; aussi, quoique son action somnifère soit moins marquée que celle d'autres médicaments, tels que le chloral, l'opium, la belladone, etc., les observations comparatives que nous avons faites entre ces diverses substances nous le montrent réussissant dans des cas où échouent ces médicaments ; de plus, à cause de son innocuité, l'uréthane a parfois des avantages réels sur les autres hypnotiques que certains malades ne peuvent supporter. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE (1)

Séance du 22 Mars 1886.

M. Reliquet : Carcinome villeux diffus de la vessie. — M. Cadet de Gassicourt : Laryngite striduleuse grave ; discussion : MM. Ory et Huchard.

M. Reliquet offre, au nom de M. Cornil et au sien, la relation d'un cas de *carcinome villeux diffus de la vessie*, suivie de considérations sur l'impossibilité de décider la nature bénigne ou maligne d'une tumeur par l'examen de la couche superficielle intra-vésicale. Les bourgeons superficiels, en effet, qu'il s'agisse d'épithéliome, de carcinome ou de papillome, sont toujours formés de tissu conjonctif recouvert de cellules d'épithélium plus ou moins analogue à celui de la muqueuse, et dont ni l'arrangement ni même la quantité relative n'offrent rien de pathognomonique.

M. Cadet de Gassicourt parle de la *laryngite striduleuse grave*. Un enfant de 11 mois fut pris, le 11 février, d'enrouement, et bientôt d'extinction de la voix, sans fausses membranes dans la gorge. Le 13 février, à onze heures du soir, accès de suffocation violent, avec tirage sus et sous-sternal. Pendant douze heures, l'enfant présente un certain nombre d'accès ; dans leurs intervalles, le tirage persiste, mais le murmure vésiculaire n'est pas entièrement aboli. Deux médecins, anciens internes d'hôpitaux d'enfants, qui voyaient le petit malade, jugèrent l'état assez grave pour appeler M. Cadet

(1) La Société médico-pratique ayant pris depuis quelque temps une activité toute nouvelle, et ses séances présentant un grand intérêt, nous avons résolu de donner régulièrement un résumé de ses travaux. (*Note de la Rédaction.*)

de Gassicourt en consultation. A son arrivée, la situation était déjà un peu améliorée; l'enfant avait les lèvres rosées. Il n'y eut plus d'accès de suffocation; l'asphyxie se dissipa graduellement, et l'enfant guérit, après quinze jours de bronchite.

M. Cadet de Gassicourt rapporte ensuite, dans leurs traits principaux, deux autres cas de laryngite striduleuse avec tirage dans l'intervalle des accès, et qui furent assez graves pour qu'on se vit sur le point de pratiquer la trachéotomie. En somme, dans le cas de phénomènes dyspnéiques persistant entre les accès, on peut être embarrassé entre le croup d'emblée et la laryngite striduleuse; cependant, dans celle-ci, la respiration est diminuée, mais il n'y a jamais l'apnée du croup. Elle peut d'ailleurs mettre les jours du malade en danger et justifier la trachéotomie. Outre les cas ci-dessus, M. Cadet de Gassicourt rappelle le fait mortel consigné dans les cliniques de Trousseau; un autre cas où Richard fut obligé d'en venir à la trachéotomie; enfin l'observation d'une petite fille de 7 ans, à qui M. de Saint-Germain et lui-même durent pratiquer la trachéotomie dans des circonstances analogues. Ce dernier cas présente un autre trait remarquable, c'est que la canule fut gardée *huit ans*, des accès spasmodiques survenant dès qu'on voulait l'enlever.

M. Ory a observé, chez un enfant de 2 ans, issu de parents névropathes, une laryngite striduleuse avec accès de suffocation subintrants, ayant créé un état fort alarmant, dont il est venu à bout avec des lavements à l'assa fœtida et au bromure de potassium. Les antispasmodiques doivent être essayés toutes les fois qu'on le peut encore.

M. Huchard rapporte trois faits de laryngite striduleuse grave. Le premier, observé en 1873, concerne une fille de 5 ans. Il y avait eu d'abord des accès de suffocation violents, puis d'intensité décroissante, pendant un jour. La gorge était simplement rouge. Dans la matinée, recrudescence; l'état asphyxique rappelait tout à fait la période terminale du croup; la respiration s'entendait à peine, et l'enfant était cyanosée; on se tint prêt à la trachéotomie, et, de fait, au milieu de jour, l'état devint si grave, que, malgré le diagnostic de laryngite striduleuse, l'opération fut jugée indispensable et pratiquée. L'enfant a guéri rapidement et n'a pas rendu de fausses membranes. Depuis, elle a eu de fréquentes attaques analogues, qui ont encore confirmé le diagnostic.

Le second cas a été vu, avec Archambault, en 1876. L'enfant avait depuis quelques jours une angine avec toux un peu rauque, de nature douteuse. Une nuit, accès de suffocation qui dure trois heures. A l'arrivée d'Archambault, nouveaux accès : pendant huit heures, la dyspnée fut si intense, qu'à chaque instant on croyait la trachéotomie inévitable. Le lendemain et le surlendemain, les accidents reparurent, mais avec une intensité décroissante.

Le troisième fait a été observé, avec M. Blache, en 1879. Il s'agit d'une petite fille de 5 ans, chez laquelle les spasmes laryngés durèrent trois jours presque sans rémission; la voix était complètement éteinte par instants, la dyspnée considérable; bien qu'il n'y eût pas de fausses membranes dans la gorge, et qu'on eût diagnostiqué une laryngite striduleuse, la trachéotomie paraissait imminente. Cependant les accidents s'amendèrent ensuite graduellement. Dès la fin du premier jour, on a donné quotidiennement 4 grammes de bromure de potassium pendant huit jours. M. Huchard insiste sur la nécessité, dans ces cas, des doses massives de bromure.

A côté du faux croup, il faut placer l'affection décrite, par West, sous le nom de *toux nocturne des enfants*. L'un et l'autre sont des phénomènes spasmodiques, manifestations de l'arthritisme. Pour la toux nocturne, le spasme siège dans les muscles bronchiques. Le bromure de potassium a également sur elle une influence favorable.

M. Cadet de Gassicourt partage l'opinion de M. Huchard sur le bromure de potassium dans la laryngite striduleuse. On pourrait essayer les injections sous-cutanées d'éther.

VARIÉTÉS

DE LA PHOTOGRAPHIE INSTANTANÉE DANS L'ÉTUDE DES MOUVEMENT DU CŒUR ET DES MOUVEMENTS PÉRISTALTIQUES.

Malgré les récents perfectionnements dont elle a été l'objet dans son instrumentation

et ses manipulations, la méthode photographique a été jusqu'ici fort peu employée en physiologie. M. William Gilmon Thompson (de New-York) vient d'en faire une heureuse application à l'étude des mouvements du cœur et des mouvements de l'intestin.

Le dispositif de ses expériences consistait à isoler le cœur des tissus voisins au moyen d'une plaque de celluloïde, à l'éclairer avec la lumière solaire et à prendre les images avec des plaques sensibles au soixantième de seconde. Ces photographies permettent de se rendre compte des variations de forme de l'organe pendant les divers actes de la systole et de la diastole, à l'état normal sur les animaux anesthésiés et soumis à la respiration artificielle et d'accompagner ces observations par l'enregistrement simultané de la pression sanguine. M. Thompson a pu étudier par cette méthode l'action de la digitaline qui augmentait la forcé de la systole, les contractions que provoque la glonoïne appliquée directement sur le muscle cardiaque, enfin la forme d'une section des ventricules pendant la systole et ses modifications sous l'influence de l'excitant thermique. En introduisant les négatifs dans la chambre noire, on obtient des projections agrandies sur lesquelles on observe des détails de forme qui échappent à l'exament direct de l'observateur le plus habile.

Par le même procédé, notre confrère américain a pu fixer les contractions de la paroi intestinale et les mouvements péristaltiques consécutifs à l'absorption de doses diverses de sels de soude. Au reste, la photographie instantanée n'a pas dit son dernier mot en physiologie et en clinique. Elle est susceptible d'applications à l'étude des mouvements de l'estomac, de la vessie, du diaphragme, des yeux, peut-être même de l'utérus des animaux pendant le part, et des poumons aux divers temps de la respiration. On connaît d'ailleurs les heureuses applications que M. Marey en fait pour l'étude physiologique de la marche, du saut et en général des mouvements musculaires. — C. L. D.

COURRIER

Légion d'honneur. — Sont promus à la dignité de grand-officier : M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine, 50 ans et trois mois de service, dont six ans et demi à la mer.

Au grade de commandeur : M. Cotholendy, médecin inspecteur de la marine.

M. le docteur de Miramont, conseiller municipal et ancien maire d'Etretat, est nommé chevalier.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances de Pâques, les bureaux du secrétariat seront fermés du jeudi 22 au mercredi 28 avril inclusivement. Les consignations pour examens seront reçues le lundi 19 et le mardi 20 avril 1886.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 mars 1886, MM. les docteurs Bouchereau et Magnan, médecins de l'asile Sainte-Anne, sont promus à la classe exceptionnelle du cadre.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Audry.

Maison nationale de Charenton. — Par arrêté, en date du 27 mars, M. le docteur Adrien Damalix, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté, a été nommé chirurgien de la maison nationale de Charenton.

ON DEMANDE un médecin militaire ou de la marine retraité ou civil, de 40 à 57 ans, célibataire ou veuf, pour être attaché à une famille résidant tantôt en France, tantôt à l'Etranger. — S'adresser, par écrit ou verbalement, au docteur Chevalet, boulevard Malesherbes, 92, Paris, visible les lundi et samedi, de deux à quatre heures.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Polaillon : Contribution à l'histoire de la paralysie du nerf radial à la suite des fractures de l'humérus. — II. Bibliothèque : Traité d'anatomie pathologique. — III. Revue des Journaux : De la téphromyélite antérieure aiguë de l'adulte. — L'arthrectomie et la résection du genou. — Sur un phénomène visible provoqué par l'atropine. — IV. L'Epidémie cholérique de 1886. — V. Sociétés médicales des départements : Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VII. Thèses de doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Montpellier (1884-1885). — VIII. Formulaire. — IX. Courrier.

Contribution à l'histoire de la paralysie du nerf radial à la suite des fractures de l'humérus.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 mars 1886,

Par M. Polaillon, chirurgien de la Pitié,

Agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Les rapports intimes du nerf radial avec l'humérus, qu'il contourne de dedans en dehors en creusant sur sa face postérieure une véritable gouttière, expliquent pourquoi les lésions de ce nerf sont assez fréquentes dans les fractures de la moitié inférieure du bras.

Parmi ces lésions, les unes sont produites au moment même de la fracture par les fragments qui piquent, contondent ou compriment le tronc nerveux ; les autres se forment pendant l'organisation du cal, lorsque ce dernier prend des proportions exubérantes.

Les symptômes observés sont les mêmes dans les deux cas ; ce sont ceux de la paralysie du nerf radial : flexion du poignet et des doigts, impossibilité de les relever, anesthésie plus ou moins marquée sur la face dorsale de l'avant-bras, douleur au niveau du point lésé, douleur s'irradiant quelquefois sur le trajet des branches du nerf radial, lorsqu'il y a névrite.

La paralysie n'est que passagère, si l'on peut obtenir une exacte réduction et une bonne contention de la fracture. Un garçon de 25 ans avait une fracture de l'humérus à 10 centimètres au-dessus du coude, avec une paralysie à peu près complète des extenseurs. En pressant les fragments l'un contre l'autre on déterminait des fourmillements et des douleurs excessivement vives dans les doigts. M. Ollier en conclut que le nerf radial était interposé entre les fragments qui le contusionnaient lorsqu'on les pressait l'un contre l'autre. « Alors par des mouvements de circumduction imprimés au fragment inférieur, tout en faisant une légère extension, M. Ollier cherche à dégager le cordon nerveux et à le faire sortir de la place qu'il occupe entre les fragments. Au bout de manœuvres, peu longues et peu douloureuses, M. Ollier pense être arrivé au résultat désiré ; en effet, la fracture étant réduite, on peut presser sur le coude, imprimer par lui des mouvements d'ascension au moignon de l'épaule, et constater, par l'absence totale de douleurs et de fourmillements, que le radial est dégagé. Toutefois il n'y a pas immédiatement de modification appréciable dans les muscles innervés par le radial, et le malade ne peut pas du tout exécuter des mouvements d'extension du poignet et des doigts. » Immobilisation de la fracture dans un bandage. Le lendemain la sensibilité est revenue en grande partie aux doigts et sur le dos de la main. La motilité est toujours nulle. Quatre jours après on observe quelques petits mouvements d'extension des doigts. Au bout de huit jours, la motilité des muscles de l'avant-bras revient de plus en plus, mais lentement (Moudan, *Des paralysies du nerf radial liées aux fractures de l'humérus*, in *Revue de chirurgie ;* 1884, p. 206).

La conduite de M. Ollier doit servir d'exemple. Il faut, dans toutes les fractures de la moitié inférieure de l'humérus, rechercher quel est l'état du nerf radial. S'il est paralysé, douloureux, au niveau de la fracture par la pression ou par le refoulement des fragments, c'est évidemment parce qu'il est piqué par quelque esquille, contusionné ou pincé entre les surfaces osseuses. Tous les efforts doivent tendre à le dégager et à obtenir une coaptation et une immobilisation telles que ces accidents ne se renouvellent pas.

Mais ce dégagement du nerf n'est pas toujours possible. D'un autre côté, si la fracture est compliquée d'une plaie pénétrante, la paralysie du radial cède le pas à des accidents plus graves qu'il faut éviter à tout prix. On applique alors sur le membre un pansement antiseptique ou un pansement ouaté et on l'immobilise. On ne se préoccupe guère du radial qui se trouve bientôt englobé dans le cal ou dans le tissu cicatriciel qui environne le cal ; il reste dans une position anormale, et la persistance de la compression empêche le retour de ses fonctions. Quelquefois même le déplacement d'un fragment pendant la formation du cal, ou une efflorescence exubérante de ce dernier, cause une lésion du nerf qui n'existait pas immédiatement après la fracture. Bref, que la paralysie soit primitive ou consécutive, elle existe après la consolidation. Il faut y remédier sous peine de laisser les mouvements de l'avant-bras et de la main très gravement compromis.

Pour cela, on a recours à une opération qui consiste à exciser le cal, à le sculpter, pour ainsi dire, de manière à libérer le tronc nerveux et à le placer dans des conditions telles qu'il puisse récupérer ses fonctions.

Cette opération, exécutée pour la première fois par M. Ollier (*Bull. de l'Académie de médecine*, 28 août 1865), a été répétée par MM. Trélat, Tillaux, Delens, Le Fort (*Bull. de la Société de chirurgie*), Terrier (thèse de M. Boularan; Paris, 1884). On en trouve aussi quelques observations dans la littérature étrangère. Mais elle est assez rare pour qu'il ne soit pas inutile de faire connaître le fait qui m'est personnel.

Fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus compliquée de plaie; paralysie du radial; cal exubérant. Libération du nerf radial par une excision du cal. Retour très lent des fonctions nerveuses. (Observation recueillie par M. Clado, interne à la Pitié, et mentionnée dans la thèse inaugurale de M. Boularan, *Sur la compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures;* Paris, 1884; p. 23).

Raincoint (Pierre), charretier, âgé de 51 ans, est entré dans mon service le 27 décembre 1882.

Ce même jour, en voulant arrêter la roue d'un moulin qui sert à fixer les colis sur une charrette à l'aide de deux cordes, il tomba et une des branches du moulin vint frapper son bras gauche et le fracturer. Sa main se paralysa aussitôt.

A son entrée, je constate une fracture esquilleuse, siégeant un peu au-dessus des condyles, avec une plaie à la partie antérieure du bras, plaie pénétrante qui a été produite vraisemblablement par le fragment supérieur.

Je nettoie exactement la plaie et j'applique un pansement de Lister. Immobilisation dans une gouttière en fil de fer.

Le 30 décembre, application d'un appareil plâtré par-dessus le pansement de Lister.

Le 19 janvier 1883, j'enlève l'appareil plâtré. La fracture est consolidée. Un cal énorme occupe le tiers inférieur de l'humérus. On croirait que l'os est directement dans la peau, tant les parties molles sont amincies. L'exubérance du cal se rencontre surtout vers le bord externe de l'humérus, dans le point qui correspond à la terminaison de la gouttière du radial. La cicatrice de la plaie offre à peine le volume d'une pièce de 50 centimes.

Les extenseurs de l'avant-bras et de la main sont paralysés, la pronation est difficile, la supination impossible. La main ne peut plus exécuter ses mouvements dans le sens latéral. Le triceps est indemne. La sensibilité à la douleur, au contact, à la température est absolument intacte.

La paralysie des muscles et la conservation de la sensibilité me font diagnostiquer une compression du nerf radial par le cal plutôt qu'une déchirure qui aurait été produite par les fragments au moment de l'accident.

Les muscles paralysés ne répondent pas aux excitations d'un courant faradique; mais, si le courant est fort, on observe des contractions par diffusion dans les muscles antérieurs de l'avant-bras et de la main.

L'électrisation du nerf reste sans résultat.

Les muscles paralysés sont légèrement atrophiés. Le contour de l'avant-bras accuse 15 millimètres de différence entre le côté malade et le côté sain.

L'électrisation ne produisant aucun résultat, je me décide à libérer le nerf radial par une excision du cal.

Opération le 6 février. — Chloroformisation. Ischémie par la bande d'Esmarch. Incision, de 10 à 12 centimètres, suivant l'interstice qui sépare le long supinateur du brachial antérieur. En écartant le long supinateur, je trouve facilement le tronc du radial à la partie inférieure de l'incision. Plus haut, les parties molles qui recouvrent le quart inférieur de l'humérus sont transformées en un tissu ostéo-fibreux qui donne au toucher la sensation du cartilage. Le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, les muscles sont englobés dans cette masse sur laquelle la peau adhère fortement.

Le nerf radial, qui est libre au niveau du coude, est entouré par une gaine fibreuse un peu au-dessus de l'interligne articulaire; plus haut, il se perd dans le cal. Pour le découvrir, je suis obligé de sculpter littéralement la masse fibro-osseuse avec le bistouri et avec la gouge. Je mets d'abord à nu sa face superficielle. Puis je le soulève légèrement pour détruire le canal qui le contenait. A mesure que je creuse vers la profondeur, le tissu devient de plus en plus dur. Il faut employer une force considérable avec la gouge et la pince-gouge pour faire sauter les parties saillantes du cal. Enfin, je détruis, sur la face externe de l'humérus, toutes les parties exubérantes de ce cal, je l'égalise et je le polis jusqu'à la gouttière de torsion.

Le nerf radial est aplati dans toute la partie qui était comprise dans le cal. Son névrilème est recouvert de petites parcelles osseuses qui lui adhèrent intimement et dont il est difficile de le débarrasser entièrement. Sa couleur est un peu jaunâtre.

Pour empêcher une adhérence du nerf avec le tissu du cal pendant la cicatrisation, je traverse les lèvres de la plaie avec une suture profonde, dont le fil passe au-dessous du nerf, et le soulève en le maintenant dans l'interstice du long supinateur et du brachial antérieur.

La bande d'Esmarch étant enlevée, je lie l'artère collatérale externe qui a été coupée; je lave exactement la plaie avec de l'eau phéniquée au 20e, et je réunis la plaie par une suture métallique. Drainage. Pansement de Lister.

A son réveil, l'opéré accuse des fourmillements à la main et à l'avant-bras, dans la sphère du nerf radial aussi bien que dans celle des autres nerfs du membre supérieur. Mais il n'y a pas lieu de s'arrêter à ces phénomènes, parce qu'ils s'expliquent naturellement par le retour de la circulation après l'ischémie produite par la bande d'Esmarch.

Le 7 février. — L'opéré ne peut faire aucun mouvement d'extension. La sensibilité est exagérée dans la sphère du nerf radial et dans celle du nerf cubital.

Le 8. — Pansement. On enlève deux sutures. Les muscles extenseurs ne répondent pas plus à l'électrisation qu'avant l'opération.

Le 10. — Même état. Exagération de la sensibilité. Aucun mouvement des extenseurs. Tous les jours, on fait une séance d'électrisation faradique sur ces muscles.

Le 12. — Pansement. On enlève trois sutures. Réunion immédiate de la plaie opératoire. Le malade prétend qu'il a de temps en temps des secousses dans les muscles extenseurs, qui lui font relever brusquement le poignet. Ces secousses sont un peu douloureuses.

Les jours suivants, les secousses involontaires dans les muscles extenseurs reviennent à plusieurs reprises.

Le 28. — Les muscles extenseurs commencent à répondre aux excitations électriques.

Le 4 mars. — On constate quelques mouvements volontaires d'extension des doigts. Mais ces mouvements sont très faibles. Au moment de la contraction, la main placée sur la face postérieure de l'avant-bras sent manifestement les extenseurs se durcir.

Le 8. — Les long et court supinateurs commencent à agir très faiblement.

Le 6 avril. — Malgré les électrisations faites chaque jour, les mouvements n'ont rien gagné en force ni en étendue. Le nerf radial est devenu très douloureux lorsqu'on le comprime dans les points où il est le plus accessible, c'est-à-dire depuis la gouttière de torsion jusqu'au pli du coude. La sensibilité de la face postérieure de l'avant-bras est toujours normale; mais, quand on donne avec le doigt un petit coup sur les muscles extenseurs, on provoque une vive douleur. Quelquefois, sans cause extérieure, le radial est parcouru par un éclair de douleur. Il est évidemment affecté de névrite.

Le 11. — Les mouvements sont presque nuls. On mesure le contour du bras et on constate qu'il n'y a pas d'atrophie. Le malade quitte l'hôpital. Il ne peut tenir son fouet pour conduire ses chevaux.

Le 20 décembre. — M. Clado, interne du service, va voir le malade et constate l'état suivant :

Tous les mouvements des doigts et du poignet, la pronation et la supination de l'avant-bras sont encore incomplets d'environ un quart, relativement à ceux du côté opposé.

Le malade se sent bien plus faible de ce membre que de l'autre; et il n'y avait pas de différence entre eux avant la fracture. Dès qu'il fait des efforts considérables, il sent des fourmillements, et parfois même de la douleur dans l'avant-bras, et surtout dans le pouce et l'index.

Les mouvements du pouce sont les plus gênés.

L'avant-bras est très sensible au froid, mais il l'est encore moins que le pouce et l'index, surtout sur leur face dorsale. Cette différence de température peut d'ailleurs s'apprécier quand on touche comparativement les deux mains du patient.

La sensibilité à la chaleur est plus faible dans la zone du radial.

L'avant-bras est un peu atrophié.

Raincourt a repris son travail. Il ne suit aucun traitement, et cependant son état s'améliore peu à peu.

« Dans le courant de l'année 1884, j'eus plusieurs fois des nouvelles de Raincourt par l'infirmier de mon service qui le rencontrait souvent et qui m'affirmait que ses mouvements étaient revenus. Je lui fis demander avec insistance de venir me voir. Il se rendit dans mon service de la Pitié seulement au commencement de l'année 1885. Je constatai, en effet, à mon grand étonnement, que tous les mouvements des muscles animés par le radial étaient revenus, et qu'il se servait de la main gauche aussi bien qu'avant la fracture de l'humérus.

Le retour tardif de l'innervation du radial prouve qu'il ne faut pas désespérer du succès de l'opération, si après quelques semaines ou quelques mois on n'a encore rien obtenu. Il a fallu plus d'une année pour que mon opéré eût des mouvements assez énergiques pour qu'il pût reprendre son travail de charretier et tenir son fouet; et il a fallu deux ans pour que la contraction des extenseurs ait recouvré tout sa force.

Lorsque les fonctions du radial se rétablissent promptement, c'est que les éléments nerveux n'ont subi qu'une lésion légère, qui n'a pas entraîné à sa suite un travail inflammatoire. Mais, lorsque le nerf a été fortement comprimé, de manière à subir un aplatissement, lorsque le névrilème s'est identifié avec le cal de manière à participer au travail de l'ossification, comme dans notre cas, il est bien probable qne l'opération de la libération

développera une névrite, qui retardera beaucoup la régénération des tubes nerveux et le rétablissement de l'excitabilité sensitive et motrice.

Notre opéré a présenté les caractères très nets d'une névrite du radial. C'est à cette névrite que j'attribue la durée de sa paralysie. Celle-ci ne s'est guérie qu'à la longue, à mesure que l'inflammation du tronc nerveux s'éteignait peu à peu. J'ajouterai qu'elle s'est guérie spontanément, puisque le malade a quitté l'hôpital alors que la paralysie était encore presque complète.

Pour hâter la guérison, il me paraît utile de s'adresser surtout à la névrite par des révulsifs, des bains, des applications émollientes et narcotiques par les courants continus, peut-être par l'emploi du bromure et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Mais, chez notre patient, nous n'avons pas eu le loisir d'employer ces divers moyens et d'en apprécier la valeur.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par E. LANCEREAUX, professeur agrégé, médecin de la Pitié. (Tome troisième, 1re partie : *Système locomoteur et appareil de l'innervation*), avec 131 fig. dans le texte. — Paris; Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Ce nouveau volume du grand ouvrage de M. Lancereaux paraît quatre ans après le tome second et huit ans après le premier; la raison de la lenteur de cette publication est aisée à comprendre et des plus honorables pour son auteur.

Si la publication de M. Lancereaux n'était qu'un ouvrage de compilation et de bibliographie, elle eût pu paraître en l'espace de quelques mois; mais le public médical sait que l'œuvre entreprise il y a longtemps déjà par l'éminent anatomo-pathologiste est avant tout personnelle et originale. L'auteur ne se contente jamais d'exposer aussi complètement que possible les travaux antérieurs, il cherche surtout à faire bénéficier ses lecteurs des matériaux qu'il a récoltés lui-même à l'amphithéâtre et que lui envoient les hasards de la clinique.

Or, s'il y a en clinique des séries heureuses pour l'observateur, séries grâce auxquelles il peut, à des intervalles rapprochés, comparer des malades analogues, il faut quelquefois au contraire un long espace de temps pour que des faits du même ordre reparaissent.

M. Lancereaux entend l'anatomie pathologique à la façon du grand Cruveilhier; il décrit surtout ce qu'il a vu, et ceux qui ont pu constater avec quels soins minutieux les autopsies sont pratiquées dans son service, aborderont pleins de confiance la lecture des descriptions qu'il donne dans son livre.

Ce livre est d'ailleurs de ceux qu'on ne peut analyser. Dans le premier volume de son traité, M. Lancereaux avait exposé l'anatomie pathologique générale; le second était consacré au système lymphatique. Celui-ci contient la description des lésions du SYSTÈME LOCOMOTEUR (os, cartilages, muscles, tendons, aponévroses, ligaments), et de l'APPAREIL D'INNERVATION (nerfs, moelle épinière, ganglions nerveux).

Le plan de chaque chapitre est le même que celui qui avait été adopté dans le précédent volume. Les paragraphes s'y succèdent dans l'ordre suivant : ANOMALIES DE FORMATION ET DE DÉVELOPPEMENT (*par défaut ou par excès*); ANOMALIES DE NUTRITION (*hypertrophie et atrophie, phlegmasies, néoplasies, hypoplasies*); ANOMALIES DE CIRCULATION (*anémies et hyperémies, hémorrhagies, thromboses et embolies*); ANOMALIES ACCIDENTELLES (*parasitisme, traumatisme*). Chaque paragraphe est suivi de la bibliographie afférente.

Un pareil travail ne peut être jugé que par un petit nombre de savants; M. Lancereaux n'a pas beaucoup de pairs en anatomie pathologique, mais ce que chacun de nous comprend, c'est que ce livre est de ceux qui honorent la science française, l'école de Paris et le corps médical des hôpitaux. — Paul LE GENDRE.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

De la téphromyélite antérieure aiguë de l'adulte; étude du docteur Robert Massalongo. (In *Rivista clinica*, n° 2.)—L'inflammation ou destruction aiguë des grandes cellules nerveuses multipolaires des cornes grises antérieures, substratum de la paralysie spinale atrophique de l'enfant comme de l'adulte, a été désignée par Charcot sous le nom de téphromyélite antérieure aiguë et, par Kussmaul, sous celui de polyomyélite antérieure aiguë.

C'est cette paralysie spinale atrophique des auteurs que M. le docteur Massalongo a pu suivre sur deux de ses malades dans tous ses développements et dont il donne l'histoire avec de savants commentaires.

Nous ne pouvons suivre ce médecin dans les minutieuses incursions qu'il fait sur le domaine histologique et pathologique; nous relèverons seulement quelques traits cliniques de cette maladie si curieuse par ses symptômes et si intéressante par sa rareté.

Des deux sujets, l'un a guéri, le premier, malgré ses 63 ans, mais n'ayant aucune tare pathologique à son actif. Le second, âgé de 18 ans, n'a pas bénéficié de la cure électrique, des préparations de noix vomique, d'ergotine, etc., qui avaient si bien réussi dans le cas précédent.

Ils présentaient tous deux l'altération typique de la dégénérescence totale ou partielle des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle spinale par les symptômes suivants :

1° Paralysie immédiate de tous les groupes musculaires correspondants;

2° Absence de tout réflexe dans les mêmes groupes musculaires;

3° Atrophie rapide avec réaction dégénérée des muscles paralysés.

Le froid semble être la cause principale de cette inflammation presque toujours accompagnée de douleur; on note aussi la sensibilité intégrale de la peau; c'est même un des caractères principaux de la maladie qui peut, malgré sa gravité, liée à l'étendue des lésions, entrer franchement dans une phase de régression et guérir complètement.

L'étude de notre confrère permet de suivre, par des déductions logiques et un style attachant, les différentes transformations de la téphromyélite; c'est un travail bien fait qui mérite l'attention.

L'arthrectomie et la résection du genou. Etude clinique de M. le professeur Andrea Ceccherelli, directeur de la clinique chirurgicale de l'Université de Parme. (In *La medicina contemporanea*, n° 1.) — La chirurgie contemporaine devient de plus en plus conservatrice; c'est même là un de ses plus beaux titres de gloire; l'économie dans les opérations, tel est l'idéal d'un grand nombre de chirurgiens. La résection du genou remplace peu à peu l'amputation, qui ne sert plus que dans les cas les plus graves; il en est de même pour l'arthrectomie, opération plus conservatrice encore que la résection, et que le chirurgien cherche à substituer à celle-la.

Pour M. le professeur Ceccherelli, tout le secret pour réussir et conduire à bien ces manœuvres hardies consiste à opérer promptement et à enlever largement toutes les parties malades avec les pansements antiseptiques.

La méthode de Volkmann, celle de Mackensie surtout, avec sutures osseuses consécutives au catgut, ont servi à M. le professeur Ceccherelli dans les 9 grandes opérations qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour : 7 résections et 2 arthrectomies. Sur les 7 premières, il a obtenu 5 guérisons et 2 morts. Les 2 arthrectomies ont donné 1 guérison et 1 mort.

Sur un phénomène visible provoqué par l'atropine. Observations et expériences du docteur Robert Rampoldi, chargé de l'enseignement de l'ophthalmologie à l'Université de Pavie. (In *Annali Universali di medicina e chirurgia;* février.). — L'auteur souffrait d'un catarrhe rhumatismal de la conjonctive de l'œil droit et, voulant en atté-

nuer les douleurs, instilla une goutte d'un collyre qu'il croyait fait avec une solution de sulfate de zinc, mais qui, en réalité, renfermait de l'atropine dans les proportions de 5 centigrammes pour 25 d'eau distillée. Quelle ne fut pas sa surprise, d'abord, de n'éprouver aucun sentiment de brûlure, puis, un quart d'heure après environ, d'avoir la sensation d'une lumière blanche tremblante qui lui semblait appliquée aux bords des paupières, en disparaissait pour revenir aussitôt harceler le champ visuel. Cela dura trois ou quatre minutes, puis disparut tout à fait.

Ce même phénomène fut obtenu sur plusieurs malades à titre expérimental; la duboisine a paru également avoir une certaine action semblable, mais moins prononcée que celle de l'atropine. Ces phénomènes sont dus à la paralysie momentanée du muscle de l'accommodation que ces substances influencent; de là l'excitation indirecte de la rétine qui se manifeste dans l'obscurité sous forme de phosphène dont la genèse paraît être la même que celle du phosphène dit de l'accommodation. — MILLOT-CARPENTIER.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

L'explosion cholérique de Brindisi.

L'autre jour on signalait la formation d'un foyer cholérique aux environs de Padoue; aujourd'hui, et avec quelque raison sans doute, on fait plus de bruit à propos de la nouvelle explosion du mal indien à Brindisi et dans les environs de ce grand port.

Jusqu'à jeudi dernier, 15 avril, le nombre des cholériques déclarés s'était élevé à 76. Mais les décès étaient de 16 seulement, de sorte que le rapport de la morbidité à la mortalité, si l'on admet la sincère exactitude de ces chiffres, serait relativement faible. Cependant, le 17, la proportion des décédés aux malades se modifiait : il y avait 9 cas nouveaux et 7 décès.

La maladie se propageait dans les localités de Misagne et Sanvitoriormoni. A Brindisi même, on jugeait utile d'ouvrir un hôpital spécial dans les bâtiments du couvent des capucins. Les journaux italiens trahissent d'ailleurs une certaine émotion en proposant déjà, dans la prévision d'une augmentation de l'épidémie, l'ajournement des prochaines convocations électorales. Au reste, les renseignements officiels sont rares et le gouvernement central ne paraît pas avoir été informé, en temps utile, de l'apparition des premiers cas.

Quelle est l'origine de ce foyer cholérique? On l'attribue à l'arrivée, à Brindisi, d'un navire venant des Indes et au débarquement de son équipage vers les 5 et 6 avril. Cependant, avant de se prononcer sur l'origine de cette épidémie, il faut tenir compte de l'existence du choléra sur d'autres points de la péninsule pendant le mois dernier. On est donc en droit de se demander aussi s'il s'agit d'une importation nouvelle toujours menaçante d'ailleurs dans la désorganisation actuelle du service sanitaire du canal de Suez, ou bien d'une contamination venant de l'intérieur du pays, ou bien encore d'une explosion par revivification de germes de l'épidémie de l'année dernière.

Quoi qu'il en soit, la plupart des Etats méditerranéens viennent de redoubler de sévérité dans les quarantaines qu'ils imposent aux provenances péninsulaires. On se demande quelles sont les mesures que le gouvernement français a déjà prises ou compte prendre. On se demande encore si sa tolérance sera plus grande à l'égard de nos voisins que celle dont ils usaient vis-à-vis de nos commerçants en 1884 et en 1885. Brindisi est une halte importante sur la route des Indes, et les organisateurs regrettés du service de surveillance sanitaire en Orient signalaient naguère l'importance de sa contamination au point de vue de la sécurité sanitaire de l'Europe.

Et puis, en dehors de tout autre motif, doit-on, pour aviser, attendre que l'épidémie soit sur notre territoire? Toulon est-il donc, enfin, assaini et la salubrité de Marseille, après les voyages ministériels, ne laisse-t-elle plus à désirer? — C. L. D.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE 1885.

Sous le titre de *Recherches sur les résultats et les indications de l'extirpation des ganglions tuberculeux*, M. Jeannel étudie la pathogénie, la symptomatologie et la thérapeutique des adénites tuberculeuses. Ce n'est qu'après cet exposé qu'il aborde la question de leur extirpation. En présence d'adénites ulcérées devenues des abcès froids, M. Jeannel s'accorde avec les chirurgiens qui les traite comme ces abcès par le curage ou le raclage et le thermo-cautère.

Dans les cas d'adénites non abcédées, il épuise les ressources de la thérapeutique : thalasso-thérapie, traitement thermal d'ailleurs peu efficace, huile de foie de morue, arsenic, toniques, iodure de sodium et injections interstitielles de teinture d'iode ou de liqueur de Fowler dont M. G. Richelot a obtenu des résultats satisfaisants. En dernier lieu, il emploie l'extirpation qui devient une méthode de nécessité quand la tumeur est très volumineuse, gêne les fonctions des organes voisins ou susceptible d'une ablation absolument totale.

Une autre question chirurgicale, l'*extraction simple de la cataracte par le procédé à lambeau inférieur*, a été discutée par M. Person qui le préfère au procédé à lambeau supérieur, à cause de la facilité d'exécution de la plaie et de l'extraction du cristallin sans rétention de masses corticales. Sur trente-six opérations ainsi pratiquées, il a obtenu trente-six succès sans hernie de l'iris. Dans une série de vingt-quatre opérations par le procédé à lambeau supérieur, il eut deux insuccès. Par conséquent, le procédé d'extraction simple à lambeau inférieur doit être préféré dans tous les cas sinon dans ceux où les cataractes sont entièrement dures ; l'extraction combinée à l'iridectomie n'est indiquée que dans les cas exceptionnels, où il faut tenir compte de l'indocilité des malades, de l'enclavement de l'iris dans la plaie et de la rétention d'une partie des masses corticales.

Le tribut académique de M. Mauri, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, est un sujet de pathologie générale, *l'étude de la mélanose*. Dans ce mémoire, M. Mauri discute les théories qui ont été formulées pour expliquer la formation de tumeurs de cette nature et aboutit à une conclusion négative sur la nature de la mélanose ; d'autre part, en ce moment, rien n'autorise à la regarder comme une maladie parasitaire dont le corpuscule mélanique serait le microbe.

L'opération d'Estlander a été discutée par M. Vieusse dans une *note pour servir à l'étude des résections des côtes dans le traitement des fistules pleurales chroniques*. Ce procédé opératoire consiste à faire une incision verticale se terminant à l'orifice de la fistule, puis une autre incision perpendiculaire à chacune de ses extrémités de façon à obtenir des lambeaux assez étendus pour exécuter aisément la résection partielle des cinq côtes par la méthode sous périostée.

Cette communication a été l'origine d'un début sur le *traitement de la pleurésie* auquel MM. Nogues, Saint-Ange, Guinier, Jougla, Bonneau, Alix et Dazet ont pris part ; les uns soutenaient l'utilité de la vésication, les autres, plus nombreux, préférant la thoracentèse et l'aspiration. Ce trimestre comme les précédents a donc été bien employé par nos confrères toulousains. — Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Nécrologie. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Rapports : Note sur l'opération de la cataracte ; — deux observations de résection partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse. — Observation de tumeur de la région fessière com-

muniquant par un pédicule tubulé avec le canal sacré (méningocèle?); discussion. — De la pelvi-péritonite, son diagnostioc, son traitement; discussion.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à la Société de chirurgie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Amédée Forget, membre titulaire depuis l'année 1849. Une lettre de condoléance sera adressée, au nom de la Société, à la famille du défunt.

M. le président dit ensuite qu'il y a lieu de déclarer une vacance de place de membre titulaire. MM. les candidats ont un mois pour faire acte de candidature et envoyer l'exposé de leurs titres.

— M. CHAUVEL lit un rapport sur une note de M. le docteur Vacher, médecin-major à Orléans, relative à l'opération de la cataracte.

Cette note est un exposé de la pratique de l'auteur et une description des instruments spéciaux dont il se sert; pince fixatrice à branches croisées, sans taquet ni verrou, se fermant d'elle-même : pince kystitome double à écartement variable; décoiffeur du cristallin. Ces instruments ont été imaginés ou, plus justement, modifiés par l'auteur pour en rendre la manœuvre plus simple, plus aisée, moins dangereuse; M. le rapporteur déclare qu'il ne peut se porter garant de leur valeur pratique, n'ayant pas eu l'occasion de les employer chez des malades.

M. Chauvel lit ensuite un rapport sur deux observations de résection partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse présentées à la Société de chirurgie par M. le docteur Delorme, agrégé au Val-de-Grâce.

Le sujet de l'une de ces observations est un jeune soldat auquel M. Delorme a réséqué avec un plein succès une partie de la table externe et du diploé de la fosse iliaque externe pour un nodus tuberculeux. M. Delorme signale, chez ce malade : 1° l'existence d'une sciatique deux ans avant l'apparition de la tumeur; 2° la facilité de l'hémostase, après l'opération, malgré l'étendue considérable des incisions qu'il fallut pratiquer, la profondeur de la plaie et la vascularité de la région, que M. Delorme a plusieurs fois notée; 3° l'existence d'un noyau tuberculeux, osseux, diploïque dont le développement est resté douteux jusqu'au jour où perforant l'os, la matière infectieuse est venue contaminer et enflammer les tissus mous voisins; 4° enfin l'étendue de la perte de substance que le chirurgien a dû faire subir à l'os iliaque et la rapidité relative de la fermeture de ce vaste foyer.

Le second malade de M. Delorme était un tout jeune soldat de 19 ans, convalescent d'une affection fébrile aiguë au cours de laquelle s'était formée une vaste collection purulente de la fesse et des lombes. Après un mois de traitement reconstituant, M. Delorme pratiqua l'évidement de l'os iliaque dans une étendue longitudinale de 20 centimètres et l'ablation des deux parois osseuses sur une largeur de deux pièces de 2 francs près de la crête. Pansée à l'iodoforme, la plaie marchait régulièrement, quand une fièvre violente, une selle purulente copieuse et l'issue d'une grande quantité de pus par la partie inférieure de la plaie mirent sur la voie d'une complication méconnue au moment de l'intervention ou survenue ultérieurement. Le doigt put aisément constater la dénudation de la face antérieure du sacrum. Vingt-huit jours plus tard, le malade succombait non pas, dit M. le rapporteur, des suites de l'opération elle-même, mais de lésions méconnues et très probablement anciennes que l'autopsie a révélées : tuberculisation rachidienne, abcès psoïtiques, collection purulente ouverte dans le rectum.

— M. KIRMISSON fait une communication relative à une tumeur de la région fessière qu'il a eu l'occasion d'observer et d'opérer dans le service de M. Verneuil, pendant qu'il remplaçait ce professeur à sa clinique de l'hôpital de la Pitié. Le point important de cette observation, qui n'a rien présenté de particulier au point de vue opératoire, se rapporte aux caractères anatomo-pathologiques de cette tumeur que M. Kirmisson est tenté de considérer comme un exemple rare de méningocèle développée chez une femme de 32 ans.

Malheureusement, la rupture de la poche kystique n'a pas permis de recueillir une suffisante quantité de liquide pour le soumettre à une analyse sérieuse. Le peu qui a pu être recueilli a montré seulement qu'il s'agissait d'un liquide albumineux; il n'y

vaait pas, d'ailleurs, d'élément nerveux dans la paroi de la poche qui contenait ce liquide.

Ce qui porte surtout M. Kirmisson à croire qu'il s'agit d'une méningocèle, c'est que la tumeur communiquait par un pédicule creux avec le canal sacré.

M. Monod croit devoir mettre en doute le caractère anatomo-pathologique assigné par M. Kirmisson à la tumeur dont il s'agit. Il lui semble plutôt qu'elle doit être rangée dans la classe des kystes dermoïdes. Peut-être faut-il voir, dans ce cas intéressant, une application de la loi formulée par Cohnheim, qui considère toutes les tumeurs, même celles de nouvelle formation, comme des tumeurs congénitales provenant de cellules embryonnaires égarées dans les tissus formés normalement et prenant plus tard, sous l'influence d'une cause inconnue, un développement plus ou moins considérable.

M. Poncet (de Cluny) dit qu'un professeur de l'École de médecine de Marseille, dont le nom lui échappe, a publié un travail très remarquable sur la nature et l'origine des tumeurs. Il montre, dans ce travail, que les tumeurs propres à l'espèce humaine sont la représentation de ce que l'on observe dans l'ensemble de la série animale.

M. Trélat se rappelle un jeune homme de 26 ans qui vint le consulter pour une tumeur de la fesse occupant une étendue considérable, s'enfonçant dans la profondeur des muscles et paraissant se diriger vers le canal sacré. Après quelques hésitations, M. Trélat finit par se rattacher à l'idée d'un kyste dermoïde, diagnostic que l'opération vérifia ; car, la tumeur enlevée, il fut facile d'en déterminer la nature rendue évidente par les poils insérés sur la paroi épaisse de la poche kystique.

M. Berger fait observer que le diagnostic, en pareil cas, doit être tiré de l'examen direct de la paroi de la tumeur; il ne voit pas que rien dans l'observation de M. Kirmisson contredise le diagnostic méningocèle porté par ce chirurgien.

M. Guéniot rapproche le fait de M. Kirmisson d'un cas de tumeur congénitale observée sur un enfant nouveau-né, au voisinage de la région sacro-coccygienne, et qui, examinée par M. Robin, fut trouvée constituée par la prolifération énorme des cellules de la moelle.

M. Kirmisson répond que la théorie de Cohnheim rappelée par M. Monod est contestée, au moins dans sa généralisation, par M. Ranvier et son école. Pour le cas dont il est question, il se demande, s'il s'agissait d'une tumeur congénitale, aux dépens de quelle partie ou de quel tissu embryonnaire une semblable tumeur aurait pu se produire.

M. Trélat dit que les kystes dermoïdes peuvent se former dans les plicatures des bourgeons naissants des membres inférieurs.

M. Monod fait observer que les tumeurs néoplasiques peuvent se développer aux dépens des cellules des premiers feuillets du blastoderme égarées dans les tissus en voie de formation normale et régulière.

M. Marc Sée dit que l'analyse des liquides ne peut donner aucune lumière sur la nature des tumeurs dont ils font partie ; ces liquides subissent de telles altérations qu'il est impossible d'en tirer des caractères certains au point de vue du diagnostic. Pour lui, il croirait plutôt, dans le cas de M. Kirmisson, à l'existence d'un kyste sébacé.

M. Kirmisson déclare que M. Verneuil qui, du reste, n'avait pu voir qu'en passant la malade entrée dans son service au moment où il allait le quitter, avait eu l'idée d'un kyste sébacé en état de transformation ancienne. Mais, dans ces kystes, on trouve généralement un liquide de couleur jaune ou brune et il est difficile qu'on ne puisse y rencontrer quelque élément épithélial, ce qui n'était pas le cas de la tumeur dont il s'agit. Enfin, encore une fois, le diagnostic est rendu ici évident par le fait de la communication de la tumeur avec le canal sacré.

M. Pozzi fait une communication sur la *laparotomie sous-péritonéale*.

Il existe, dit-il, une voie sûre et peu dangereuse pour arriver sur les collections situées profondément dans le petit bassin. C'est celle que l'on suit pour la ligature de l'artère iliaque externe; il suffit d'agrandir l'incision et de décoller plus profondément le péri-

toine pour pouvoir pénétrer sur les côtés de l'utérus, à la base des ligaments larges, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vaginal, dans l'espace appelé par M. Richet *pelvi-rectal supérieur*. C'est cette voie que M. Pozzi a suivie : 1° pour ouvrir avec succès un abcès pelvien, suite de péri-métrite qui donnait lieu depuis un an à des accidents graves; 2° pour vider et drainer une énorme hématocèle rétro-utérine; 3° pour extirper de gros ganglions lymphatiques à la base des ligaments larges; 4° pour explorer la cavité pelvienne dans deux cas de péri-métrite avec fistule rectale où l'on soupçonnait la présence d'un foyer.

Dans ces cinq observations, l'opération a été très bénigne en elle-même, et a amené la guérison rapide et complète quand elle a été évacuatrice, une amélioration notable quand elle a été exploratrice. M. Pozzi croit que cette incision, qui n'a jusqu'ici été employée que pour la recherche du pus (Hegar), doit être érigée en méthode générale pour l'exploration chirurgicale du petit bassin; ses applications principales lui paraissent être les abcès pelviens inaccessibles par la voie vaginale (avec ou sans fistules) et les hématocèles (enkystées) quand leur volume est tel que leur résorption ne saurait sans danger être abandonnée à la nature. Le drainage iliaque et iléo-vaginal est facilement maintenu, et l'antisepsie est bien plus parfaite que par l'incision vaginale préconisée par la majorité des auteurs; le danger est moindre évidemment que dans la laparotomie intra-péritonéale recommandée par Lawson Tait, Martin, etc. — A. T.

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885 (1).

Grach (Amédée) : De la fièvre puerpérale au point de vue étiologique et de son traitement par les antiseptiques. — Fabre (Paul) : Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. — Lauret (M.-A.) : De l'introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine par l'influence de l'électricité. — Touren (Théophile-Barthélemy) : Observation d'un fibrome généralisé des nerfs de la vie de relation et de la vie organique. — Rocheblave (Jules) : Contribution à l'étude du rhumatisme cérébral. — Layré-Dufau (J.-M.) : Des divers procédés de vérification des verres à lunettes. — Boixo : Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique. — Bergasse (Gaston) : Du premier pansement en campagne. — Maquet (L.) : Du traitement de Lewis Sayre (corset plâtré) dans le mal de Pott. — Coulet (Louis) : Essai sur la phthisie tuberculeuse rapide à forme hémoptoïque. — Manoha (E.) : Quelques considérations sur l'atrophie du maxillaire supérieur dans l'ataxie locomotrice. — Bonnet (Marius) : Etude historique et clinique du carcinome stomacal et de ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. — Alverne (Joseph) : De l'hémostase dans la désarticulation de la hanche. — Lachapelle (G.) : Nature et traitement de la pneumonie fibrineuse. — Estorges (Victor) : Contribution à l'étude des altérations du cœur droit dans la tuberculose pulmonaire chronique. — Joullié (Paul) ; Contribution à l'étude de l'érysipèle traumatique. — De Cliou (Gabriel) : Du traitement de la métrite parenchymateuse chronique et en particulier de l'ignipuncture. Goudet (F.) : Etude sur les hémorrhoïdes et leur traitement. — Lyon (Aristide) : Responsabilité et paroxysme passionnel. — Peschaud (Durand) : Contribution à l'étude de l'othématome. — Pont (Paul) : Quelques considérations sur le cœur des tuberculeux et et des cancéreux. — Anselme (Joseph) : Contribution à l'étude des pansements absorbants du sphagnum ou feutre végétal.

FORMULAIRE

COLLYRE CONTRE L'OPHTHALMIE GRANULEUSE. — Dujardin.

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Alcool	10 grammes.
Eau distillée	240 —

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 8 et 15 avril 1886.

Faites dissoudre. — Dans le cas de granulations anciennes, qui se comportent comme des corps étrangers à frottement dur, on renverse les paupières, et on promène sur la conjonctive, un pinceau imprégné de ce collyre. On répète les cautérisations 2 ou 3 fois par semaine, suivant les cas, à des intervalles autant que possible réguliers. Il est inutile de laver l'œil avec de l'eau, pour neutraliser l'effet du caustique, qui cesse d'agir de lui-même au bout de quelques heures, et qui paraît moins douloureux que le sulfate de cuivre. — Contre les granulations récentes ou molles, l'auteur emploie de préférence le nitrate d'argent. — N. G.

COURRIER

Récompenses honorifiques. — Les récompenses suivantes viennent d'être décernées aux médecins et élèves en médecine et pharmacie qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Gard. — Une médaille d'argent de première classe à M. Grousset, médecin à Aubais; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Milhaud et Molines, internes des hospices de Nîmes.

Hérault. — Une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Bordone, adjoint au maire de Frontignan.

Var. — Une médaille d'or de deuxième classe à M. Guérin, pharmacien en chef des hospices de Toulon; une médaille d'argent de première classe à M. Bounic, pharmacien-interne à l'hopital Bon-Rencontre; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Duchon-Doris, Lapervenche, Lesage et Guillet, internes des hôpitaux de Paris; Boulouys et Hauric, internes des hospices de Toulon; mentions honorables à MM. les étudiants Moussoir, Maïsse, Luc, Maqueyrolle, Guillon, Oroncé, Pélissier, Erhart.

Ecole de pharmacie. — Le conseil général des Facultés de l'Académie de Paris s'est réuni, en séance extraordinaire, sous la présidence de M. le vice-recteur, pour délibérer sur les troubles qui ont eu lieu à l'Ecole de pharmacie. Il a été décidé que le cours de botanique de M. le directeur Chatin, où le désordre avait eu lieu, serait provisoirement suspendu.

— Par décret en date du 22 mars 1886, la Commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette Association par le sieur Kresz (Pierre-Christophe), suivant ses testament et codicile olographes des 12 novembre et 3 décembre 1883; ledit legs consistant en une rente de 1,200 francs, 3 p. 100 sur l'État, à charge de payer une pension viagère de pareille somme à la dame Colin, née Marie-Barbe Caumont.

Ladite rente sera immatriculée au nom de l'œuvre, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Nous apprenons que M. le docteur X. Delore a donné sa démission de professeur adjoint. En cette qualité, il faisait un cours complémentaire d'accouchements.

— M. Albertin, interne des hôpitaux, vient, après un brillant concours, d'être nommé prosecteur pour une période de trois ans.

Très nutritive sous un petit volume et capable d'être assimilée presque directement et pour ainsi dire, sans le concours de l'estomac, la peptone phosphatée contenue dans le *vin de Bayard* fournit un reconstituant d'une grande puissance, bien fait pour augmenter la résistance organique de chaque individu.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L. Deligny : De l'antimicrobiose de l'air des altitudes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la phthisie bacillaire des poumons. — II. Bibliothèque : Code manuel des officiers de santé militaire. — III. Revue des Journaux : Sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'endocardite ulcéreuse. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés : L'organisation et la réglementation nouvelle de l'hygiène publique au Brésil. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

De l'antimicrobiose de l'air des altitudes au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la phthisie bacillaire des poumons.

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 27 mars 1886.

Par M. le docteur L. Deligny.

La découverte du bacille de la tuberculose, coïncidant avec des observations d'une réelle importante fournies par l'étude de la micrographie aérienne, ont apporté à la question du traitement de la phthisie par les climats marins et les climats d'altitude, des notions nouvelles dont M. Germain Sée a fait ressortir l'importance dans son ouvrage sur la phthisie bacillaire des poumons. C'est certainement avec raison que M. Villemin, en présentant à l'Académie de médecine le travail de M. Sée, a pu dire : « La découverte du « bacille de la tuberculose a été, pour lui, une occasion de rajeunir toute « l'histoire de la phthisie. »

Au nombre de ces données nouvelles, il faut citer l'action de l'air des altitudes, à laquelle M. Sée donne le nom d'antimicrobiose, et à laquelle il attribue une importance considérable au point de vue de l'indication des climats d'altitude pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

Cette action antimicrobique attribuée à l'air d'altitude repose sur des études de micrographie aérienne; il m'a paru intéresssant de les résumer, d'examiner sur quels faits s'appuie cette antimicrobiose, et quelle est sa véritable valeur.

Mais, tout d'abord, pour bien préciser la question, un historique sommaire des opinions anciennes, concernant l'influence du climat d'altitude sur la tuberculose pulmonaire, est nécessaire.

C'est un travail de Mühry, travail de statistique publié en 1858, qui appela pour la première fois l'attention sur les rapports entre la fréquence de la phthisie et l'altitude des régions; c'est ce travail qui fut le point de départ des études que firent, dans la suite, Schnepp, Weber, Gouraud, Küchenmeister, Brehmer, Jourdanet, Guilbert, Lombard et autres.

L'application des climats d'altitude au traitement de la phthisie pulmonaire a eu, en effet, pour base, pour point de départ, l'immunité phthisique attribuée à ces climats d'altitude.

Cette immunité phthisique, que soutenaient beaucoup de climatologistes, avec statistiques à l'appui, a été contestée. On a dit que la rareté de la phthisie, parmi les habitants de la montagne, s'expliquait par le peu de densité de la population; on a dit aussi que le climat d'altitude, très rigoureux, épurait les populations qui y vivent, en ne laissant vivre que les forts, et en tuant les phthisiques avant l'âge où ils pouvaient faire souche de tuberculeux.

Ces arguments ne sauraient infirmer des observations répétées qui prouvent que, à population égale, la phthisie pulmonaire est beaucoup plus rare chez les habitants des montagnes que chez les habitants des plaines.

©BIU Santé

Pour se rendre compte de ce fait, on ne saurait se baser sur les chiffres des statistiques officielles, faites par départements, et englobant des populations de plaine et des agglomérations vivant à des altitudes très diverses. Il faut, pour bien juger la question, observer les villages montagnards, situés à l'altitude à partir de laquelle l'antimicrobiose est admise, et placés dans certaines conditions d'isolement.

J'ai interrogé de vieux médecins, exerçant depuis de longues années dans les montagnes de la Haute-Savoie, vivant au milieu des habitants de ces pentes escarpées qui sont le contrefort du Mont-Blanc, et tous m'ont dit que, avant l'annexion de la Savoie à la France, la tuberculose pulmonaire était une maladie très rare; alors, les communications étaient très difficiles, et bien des paysans mouraient sans avoir quitté leur montagne. Il n'en est plus de même depuis l'annexion; des routes, des lignes ferrées ont été construites et ont mis en relations faciles les villages les plus écartés de la montagne avec les grandes villes de la plaine. Les montagnards, séduits par l'appât du gain, ont émigré vers les villes, en si grand nombre que je connais un village dont la moitié de la population est à Paris, à Lyon, ou à Genève.

Or, c'est un fait qui a été signalé, la tuberculose pulmonaire atteint très souvent ces émigrants de la montagne vers la ville, et alors, malades, ne pouvant plus travailler, ils reviennent mourir à leur villlage natal.

Voilà des faits, dont il faut, je crois, tenir compte, car ils faussent la signification des statistiques.

On a cherché à expliquer l'immunité phthisique des altitudes, et, pour cela, on a invoqué l'action physiologique, ou quelques-uns des modes de l'action physiologique de l'air d'altitude sur l'organisme.

MM. Bert, Jourdanet et Lombard ont attribué à la diminution de la quantité de l'oxygène dans l'air des hauteurs, et, par conséquent, d'oxygène respiré, l'influence favorable des altitudes sur la phthisie; ils ont assimilé son action à une sorte de *diète respiratoire*.

D'autres auteurs, parmi lesquels MM. Hanot et William, ont pensé que l'air des altitudes agit surtout par la diminution de pression, en permettant à la respiration de se faire plus à fond, en élargissant les diamètres de la poitrine, et en augmentanl la capacité pulmonaire. Il a en effet été prouvé, par des mensurations nombreuses, que la cage thoracique a plus d'ampleur chez les montagnards que chez les habitants de la plaine, et que même, chez ces derniers, elle augmente de capacité après un temps de séjour prolongé dans la montagne. Les mêmes auteurs ont fait remarquer que, dans la plaine, une partie seulement du poumon fonctionne et que le sommet reste à peu près inactif, inactivité qui le prédispose aux lésions, ce qui n'existe pas chez l'habitant des hauteurs. J'ai eu bien souvent l'occasion de vérifier ce fait de la plus grande expansion pulmonaire chez les montagnards, et même de voir chez de vieux guides, ou des muletiers, des voussures semblables à celles des emphysémateux, sans qu'il existât chez eux de l'emphysème.

Enfin, d'autres auteurs, Weber, Wilson Fox, etc., ont invoqué la pureté de l'air des altitudes, son augmentation d'ozone et d'électricité, son abaissement de température, etc.

Telles étaient les opinions généralement admises, lorsque, à la fin de l'année 1882, Koch découvre les bacilles de la tuberculose, et, peu de temps après, M. Germain Sée, s'appuyant sur cette découverte et sur les études

récentes de micrographie aérienne faites par MM. Miquel et de Freudenreich, écrit l'intéressant chapitre du traitement de la phthisie bacillaire des poumons par le changement de climat.

Dans ce chapitre, au nom de la doctrine bacillaire, M. Sée établit l'indication absolue et constante des climats marins et des climats d'altitude, en raison de l'antimicrobiose de l'air marin et de l'air des hauteurs.

« En démêlant le bacille, cause unique et indéniable de la phthisie, dit « le savant clinicien, et en l'isolant, la méthode micro-chimique ouvre à la « thérapeutique de la tuberculose une voie nouvelle et féconde en appli- « cations pratiquées. L'atmosphère étant le milieu naturel des microphytes, « la logique assignait la première place aux climats dans la hiérarchie « thérapeutique. Or, l'observation ayant montré que les microbes dispa- « raissent à 1800 mètres d'altitude, et que leur présence, dans l'air marin, « était combattue par l'action antiseptique des substances bromo-iodurées, « l'indication thérapeutique se trouve naturellement acquise aux climats « de hauteur (Engadine) et aux stations maritimes. »

D'après M. Sée, les climats d'altitude sont indiqués pour détruire le bacille, pour l'empêcher de se développer et de s'introduire dans les voies respiratoires, ou bien encore, s'il existe, de pulluler dans les bronches et de se répandre par le sang dans les organes.

L'air des altitudes a-t-il cette propriété ? Telle est la question qui est à examiner.

Depuis les premiers travaux de Pasteur, en 1868, de Weber et de Yeo Cliffort Albutt, en 1869, depuis surtout l'année 1870, où le médecin anglais Maddox aborda l'étude systématique de la micrographie aérienne et introduisit dans les procédés et les appareils des perfectionnements qui permettent de doser les microbes de l'air comme on calcule le poids des éléments gazeux qui composent l'atmosphère, depuis cette époque l'analyse microphytaire de l'air des altitudes et de l'air marin a été l'objet de nombreuses et bien intéressantes recherches, faites par M. de Freudenreich, en Suisse, et par M. Miquel, à l'Observatoire de Montsouris.

En ce qui concerne l'air des altitudes, ces recherches ont montré que l'air est d'autant plus pauvre en bactéries qu'il a été recueilli à de plus grandes hauteurs, et que, à partir d'une altitude de 1800 mètres, il est absolument pur de microphytes.

Voilà un premier point qui établit la pureté de l'air des altitudes, pureté qui s'accentue, d'après les analyses, à mesure que l'on s'élève et qui est absolue à partir de 1800 mètres.

Mais cette pureté de l'air, cette absence de bactéries, résultent-elles de ce que l'air des hauteurs est impropre à la vie microphytaire, proviennent-elles de ce que les bactéries ne peuvent plus vivre et pulluler, à partir d'une certaine altitude, en raison de la composition de l'atmosphère ? Ou bien, comme on l'a objecté, ne sont-elles qu'une conséquence du petit nombre d'habitants, du renouvellement incessant de la couche aérienne des montagnes ?

La réponse à cette question n'est pas encore possible. Il faudrait, pour la résoudre, examiner par exemple ce que devient l'air pur d'une station d'altitude élevée, comme Davos, Saint-Moritz ou Samaden, où vivent et respirent des centaines de phthisiques ; il faudrait s'assurer s'il conserve sa pureté première, ou bien si, comme on l'a dit, les stations d'altitude

sont comme toutes les autres stations de phthisiques, qui perdent leur immunité par la fréquentation des malades.

Cependant, en l'absence de preuves directes, les recherches de M. Miquel lui ont donné d'autres résultats, dont l'importance est incontestable, et qui peuvent être invoqués en faveur de l'antimicrobiose.

Recherchant les causes qui font varier le nombre des microbes contenus dans l'air d'une même région, le savant observateur a reconnu : que les crues de bactéries atmosphériques paraissent se produire généralement sous l'influence de *hautes pressions*, sous l'influence de la *chaleur*, le plus souvent en été, et enfin, sous l'influence de la *diminution* de l'*ozone atmosphérique*. Or, nous devons insister sur ce fait, ce qui caractérise l'air des altitudes, c'est la *diminution de pression*, c'est *l'abaissement de température*, c'est *l'augmentation de l'ozone*, en raison directe de l'altitude. Ces faits ne plaident-ils pas en faveur de l'antimicrobiose, ne prouvent-ils pas que l'air d'altitude est un milieu, sinon impossible, du moins très défavorable à la vie microphytaire ?

Ces détails ont leur importance, car l'air d'altitude doit être considéré comme un médicament dont il faut bien connaître l'action physiologique, pour en déduire les indications thérapeutiques.

Nous pouvons encore invoquer certains faits d'observation.

On sait que, à l'égard de la malaria, l'influence heureuse de l'altitude se manifeste de la manière la plus incontestable. Je rappellerai les travaux de Lind, les rapports de MM. Leblond et Dazille, et enfin, je citerai la création des nombreux sanatoria de montagnes que les Anglais ont établis, dans la présidence de Bombay, dans celle de Madras, à Ceylan, et aussi les essais heureux faits par le gouvernement français à la Guadeloupe et à la Réunion. Il suffit parfois, comme l'a prouvé Frindel, d'une faible élévation du sol pour modifier la constitution médicale d'une région paludéenne.

Si le changement d'air au bord de la mer modifie favorablement les individus atteints de fièvre paludéenne, il en est de même de l'habitat de montagne. Chaque année, des confrères italiens nous envoient de ces malades au village de Saint-Gervais, et toujours l'habitat de montagne, suffisamment prolongé, donne de bons résultats.

La nature de la malaria n'est pas connue. Faut-il admettre, comme on l'a fait jusqu'ici, l'influence d'organismes végétaux d'ordre inférieur, non reproductibles dans l'organisme, non transmissibles? Ce ne peut être que par hypothèse.

Faut-il admettre, avec MM. Laveran et Richard, l'existence du microbe paludéen? Les recherches de Klebs, de Tommasi-Crudelli et autres, ne permettent pas encore de s'y arrêter.

Mais, quel que soit l'agent infectieux qui produit la maladie, microbe ou organisme végétal, il y a un fait sur lequel j'insiste, c'est que l'air marin et l'air d'altitude modifient la maladie, l'arrêtent alors que d'autres médications sont impuissantes, et que l'un et l'autre ont une action sur la vie microphytaire.

On pourrait en dire autant de l'action du climat d'altitude sur la fièvre jaune, qui diminue et disparaît, dans les pays où elle règne, à mesure que l'altitude augmente.

Le professeur Lombard (de Genève), d'après ses observations, admet que les ravages du choléra sont en raison inverse de l'altitude.

Dans l'Inde, on a observé que les épidémies annuelles n'atteignent pas les points élevés des régions montueuses; Jameson et Orton ont signalé l'immunité dont jouissent les forts militaires construits dans les montagnes. Pendant l'épidémie de 1853, la Suisse alpestre fut tout à fait préservée, alors que Bâle, Zurich, Genève étaient décimés; de même, le choléra s'est toujours arrêté au pied des montagnes de l'Auvergne et des Vosges. Enfin, Briquet, dans son rapport à l'Académie de médecine, a montré que, en France, les régions épargnées par le choléra étaient celles dont l'altitude dépassait 300 mètres, tandis que celles qui furent le plus atteintes étaient celles dont l'altitude était au-dessous de 115 mètres.

Miasme vivant, bacille, microbe ou autre, il semblerait donc que l'agent infectieux du choléra a moins de facilité à se propager et à vivre dans les régions et dans l'air d'altitude.

M. Miquel, d'après ses analyses journalières de l'air de Paris, a constaté que le nombre des décès par maladies zymotiques augmente alors que s'accroît le nombre des bactéries atmosphériques, et qu'il diminue quand le chiffre des bactéries s'abaisse.

Étant donnée cette importante relation, il serait intéressant de savoir si la pureté de l'air des altitudes influe sur la fréquence de certaines affections, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, diphthérie, etc., parmi les populations de montagne.

Mais ces renseignements font défaut, parce qu'il faudrait des statistiques toutes locales, ne concernant que des agglomérations d'habitants vivant à une certaine altitude, dans des conditions d'isolement suffisantes, et parce que le service des déclarations de décès, dans ces régions écartées, laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude. J'espère cependant pouvoir soumettre un jour à la Société de médecine des documents précis, documents qui, d'après les résultats de mes premières recherches, auront un certain intérêt.

Tel est l'exposé à peu près complet de la question. Quelles conclusions pratiques est-il possible d'en déduire?

Le climat d'altitude, en vertu de ses qualités micro-chimiques, a-t-il la propriété de mettre obstacle à la vie microphytaire, à partir d'une certaine altitude, et, en particulier, de détruire le bacille de la tuberculose, de l'empêcher de se développer, et, chez les sujets phthisiques, de pulluler et de se répandre dans les organes?

Certes, bien des faits plaident en faveur de cette manière de voir, et les résultats heureux, incontestables, obtenus dans certains cas de phthisie, par la climathérapie d'altitude, sont encore une preuve à l'appui. Certes, il faut tenir grand compte de ces données précieuses que j'ai essayé d'exposer. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, je crois que, pour base du traitement de la phthisie pulmonaire par les climats, la prise en considération de l'antimicrobiose n'est pas suffisante, et qu'il faut continuer à tenir compte des autres modes d'action de l'air et du climat d'altitude, que nous connaissons par les travaux antérieurs à la découverte du bacille, modes d'action qui intéressent surtout deux grandes fonctions, la circulation et la respiration. Il faut en tenir compte, parce que la destruction du bacille n'est pas la seule considération sur laquelle doit être basé le traitement, quel qu'il soit, de la phthisie pulmonaire, parce que, comme l'a dit M. Daremberg, à côté de la maladie, il y a des malades, parce que

©BIU Santé

l'individualité du phthisique, la modalité de son affection, l'étendue de ses lésions pourront s'opposer à l'habitat d'altitude.

On a fait bien des objections au traitement de la phthisie pulmonaire par les climats de hauteurs, méthode si opposée aux principes de la médecine traditionnelle; mais ces objections ne s'adressent qu'à l'opinion qui prétend subordonner tout le traitement par les climats à une seule considération, la destruction du bacille, et elles n'ont plus de raison d'être lorsqu'on réduit à de justes proportions les indications de cette climathérapie.

BIBLIOTHÈQUE

Code manuel des officiers de santé militaire, par le docteur Georges Salle, médecin-major. — In-8°, 1,140 pages; 1886, Paris; Victor Rozier.

Parmi tous les livres de cette nature qu'ont fait éclore la récente émancipation du corps de santé et l'extension de ses attributions administratives, nous signalons le Code manuel de M. G. Salle, comme le plus méthodique, le plus complet et le plus pratique, et nous ne ménagerons pas nos compliments à notre collègue pour la crânerie avec laquelle il a entrepris cette lourde tâche, et le succès complet dont ses efforts sont couronnés.

Il faut s'être trouvé aux prises avec les difficultés qui résultent de l'application d'une règle souvent flottante entre des décisions contradictoires, de la recherche de textes lointains, et de l'interprétation de circulaires obscures par leur concision ou leur prolixité, pour apprécier à sa valeur un travail qui vous présente les solutions toutes tranchées ou au moins vous sert de fil conducteur dans le dédale des prescriptions administratives. L'administration! Quel fardeau lourd pour certaines épaules et quel précieux temps soustrait sans compensation, semble-t-il, aux préoccupations techniques du médecin! En réalité, tout se tient, tout est solidaire dans les diverses parties du fonctionnement d'un hôpital ou d'une ambulance, gestion administrative, discipline des services, hygiène générale, thérapeutique même; nous ne prétendons pas, cependant, que tout soit pour le mieux, dès à présent, dans la meilleure des règlementations.

Le livre de M. G. Salle se complète d'un recueil de modèles de pièces destiné à rendre les plus grands services; pour lui témoigner que nous ne faisons pas de son Code manuel une appréciation banale et distraite, signalons-lui une petite lacune : la demande de désinfection des fournitures ayant servi aux hommes atteints de maladies contagieuses, adressée par le médecin au sous-intendant militaire, — une de ces questions, administratives autant que médicales, comme le médecin de corps ou d'hôpital en rencontre à chaque pas, — ne figure pas dans sa collection. Il lui sera facile de réparer cette omission dans la prochaine édition de son ouvrage que nous lui souhaitons et prédisons. — R. Longuet.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'endocardite ulcéreuse, par le docteur Ledoux-Lebard. (*Arch. gén. de méd.*, mars 1886.) — L'endocardite ulcéreuse, qui n'est bien connue des médecins que depuis une trentaine d'années, a déjà donné lieu à un nombre considérable de travaux. Dans une première période, qui commence à Senhouse Kirkes (1852), c'est la doctrine de l'embolie qui dirige les recherches; c'est la phase la mieux connue; aussi M. Ledoux-Lebard consacre-t-il surtout son intéressante revue à l'étude de la phase actuelle, celle qui s'est développée sous l'influence de la doctrine pastorienne. Déjà Rokitansky (1855), Virchow (1856), Lancereaux (1862), ont vu et décrit des micro-organismes dans l'endocardite ulcéreuse, mais c'est Winge, le premier (1869), qui établit nettement l'origine microbienne de cette maladie.

Depuis, les observations se multiplient; mais tandis que les uns, comme Lehman et Van Deventer, ne se prononcent pas sur la nature des éléments qu'ils constatent, les autres affirment que ce sont des organismes parasitaires. Les caractères morphologiques et chimiques de ces éléments, la possibilité de les cultiver (Grancher, Netter) prouvent que ce sont des microbes; ils ne sont pas dus à la putréfaction, car on a pu les constater pendant la vie.

Mais sont-ils simplement la conséquence de la maladie (Peter) ou bien en sont-ils la cause? L'anatomie pathologique bien étudiée par Firket, Lancereaux, Koster, Orth, etc., le mode de distribution des bactéries (Klebs, Cornil et Babès) sont en faveur de cette dernière opinion. La pathologie expérimentale en démontre la vérité. En effet, malgré les essais infructueux de Winge, etc., on a pu reproduire expérimentalement l'endocardite ulcéreuse (Rosenbach, Wissokowitch, Perret et Rodet, etc.) soit en lésant les valvules à l'aide d'instruments malpropres, soit en inoculant des animaux à l'aide de fragments de valvules malades ou de produits de culture.

Mais comment pénètrent les germes dans l'organisme, se développent-ils sur les valvules ou dans leur épaisseur? Nous l'ignorons, et il n'y a à ce sujet que des hypothèses, à part les quelques cas où l'endocardite s'est développée à l'occasion d'une plaie visible tégumentaire ou muqueuse.

Même incertitude quant à la nature du parasite; et d'après les derniers travaux, si la nature microbienne de l'endocardite infectieuse n'est plus à démontrer, elle paraît cependant constituer un groupe de plusieurs espèces, plusieurs microbes (staphylococcus pyogenus aureus, streptococcus pyogène, etc.) ayant pu le reproduire. C'est d'ailleurs parfaitement conforme à ce qu'enseigne la clinique, et l'on sait que l'endocardite ulcéreuse survient dans l'état puerpéral, le rhumatisme, l'impaludisme, la pneumonie, etc. — Dr E. Deschamps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de M. Poincaré (de Nancy) qui se porte candidat au titre de correspondant national.

2° Une lettre de M. le docteur Séjournet, de Revin (Ardennes) sur l'alimentation et la nutrition des enfants en bas âge.

— M. Brouardel fait une communication intitulée: *Des caractères chimiques des diverses espèces de digitaline.*

Les difficultés qui entourent la recherche de divers alcaloïdes dans les cas d'intoxication présumée se trouvent singulièrement augmentées par la variété des produits que l'on vend sous le même nom.

M. Brouardel a pensé qu'il y avait lieu de procéder tout d'abord à l'analyse et à la détermination de chacun des produits étudiés isolément et en dehors de toute recherche médico-légale particulière.

M. Lafon, préparateur au laboratoire de toxicologie, a fait un travail de cet ordre et a comparé la digitaline française et la digitoxine d'Allemagne. Ces recherches chimiques ont paru à M. Brouardel dignes d'être soumises au jugement de l'Académie.

Les expériences de M. Lafon ont été faites simultanément avec la digitaline cristallisée de Nativelle, avec les digitalines cristallisée et amorphe d'Homolle et Quevenne, avec les digitalines cristallisée et amorphe de Duquesnel, avec la digitaline cristallisée de Mialhe; d'autre part, il a répété les mêmes essais sur trois produits vendus par la maison Merck (de Darmstadt), l'un étiqueté digitaline amorphe, le second digitaline cristallisée, le troisième digitoxine.

Après les expériences les plus multiples, il a constaté que tous les produits d'origine

française, soit amorphes ou cristallisés, étaient entièrement solubles dans le chloroforme, peu solubles dans l'éther, insolubles dans la benzine, et qu'ils se coloraient en vert, sous l'influence de l'acide chlorhydrique concentré. On sait que ces caractères sont indiqués par le codex de la pharmacopée française, pour les essais de la digitaline.

Les produits allemands, désignés sous le nom de digitaline amorphe et de digitaline cristallisée, sont au contraire insolubles dans le chloroforme et ne donnent aucune réaction en présence de l'acide chlorhydrique concentré.

De plus, les digitalines françaises prennent une magnifique coloration bleue verdâtre persistante sous l'influence de l'acide sulfurique alcoolisé et d'une trace de perchlorure de fer (caractère chimique découvert par M. Lafon). Cette réaction, M. Lafon n'a jamais pu l'obtenir sur les deux produits de M. Merck, vendus sous le nom de digitaline. La digitoxine allemande au contraire (dont le prix est de 40 francs le gramme) et qui, en Allemagne est considérée par certains auteurs comme le principe le plus actif de la digitale, présente tous les caractères de la digitaline amorphe française.

Après une enquête minutieuse, M. Lafon a pu constater qu'il existait dans le commerce français une très grande quantité de produits vendus sous le nom de digitaline amorphe, de digitaline cristallisée, de granules de digitaline, qui ne contenaient pas trace de digitaline. Ces produits ne portent pas généralement de marque de fabrique, ils se conduisent, en présence des réactifs chimiques, d'une façon identique à ceux de M. Merck, de Darmstadt.

Il résulte des recherches de M. Lafon que la digitoxine de M. Merck n'est pas autre chose que la digitaline française : ce produit est identique à la digitaline de M. Nativelle, sauf qu'il est amorphe et d'une coloration jaune. Le produit vendu par M. Merck, sous le nom de digitaline, n'est pas de la digitaline, au sens propre du mot français, puisqu'il ne possède aucun des caractères d'essais signalés par notre codex, et qu'il ne devrait pas plus exister, au point de vue médical, deux sortes de digitaline qu'il n'existe deux sortes de morphine ou de quinine.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Charles Robin, décédé.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Ranvier; en deuxième ligne, M. Voisin; en troisième ligne, M. Grancher; en quatrième ligne, M. Hanot.

Le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Ranvier obtient 50 voix; M. Voisin, 17; M. Grancher, 1.

En conséquence, M. Ranvier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. le docteur Cazeneuve (de Lyon), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. JAVAL fait une communication *sur les dangers de l'emploi de la cocaïne en ophthalmologie*.

L'auteur déclare que les instillations de cocaïne présentent les mêmes dangers que celles d'atropine sur les yeux glaucomateux.

Il a vu un demi-milligramme de cocaïne produire une forte obnubilation et une dureté très marquée sur un œil sur lequel il n'existait que des phénomènes prodromiques très légers et où le diagnostic de glaucome pouvait paraître douteux. Les accidents ne cédèrent qu'à l'emploi immédiat de doses énormes d'ésérine.

Les fâcheux effets de la cocaïne sur le glaucome ont été constatés en même temps, en Allemagne, de deux côtés différents.

M. Javal recommande particulièrement des rondelles gélatineuses pour remplacer les collyres toutes les fois qu'on voudra expérimenter sur des quantités connues de médicaments, et surtout quand on devra confier au malade une substance très active. M. Javal possède des rondelles qui se sont conservées près de vingt ans sans altération sensible.

— M. HERRGOTT, à propos de la discussion sur les ptomaïnes, donne lecture d'un tra-

vail dans lequel il expose des faits observés dans sa clinique obstétricale de la Maternité de Nancy, et qui lui paraissent échapper aux explications données par la doctrine microbienne.

— M. Béchamp communique les troisième et quatrième parties de sa communication sur la théorie de la nutrition selon la doctrine du microzyma. Il résume l'ensemble de son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'intérieur des corps vivants n'est point quelque chose de passif plus ou moins comparable à un vase rempli de matériaux fermentescibles, et il n'y a pas primitivement de germes morbifiques dans l'air.

2° L'organisme vivant l'est dans toutes ses parties, non grâce à des qualités occultes, mais bien en tant que formé par des éléments anatomiques vivants qui sont les microzymas.

3° L'organisme ne contient pas de germes de microbes atténués latents ou manifestes qui lui seraient étrangers. Mais les microzymas de ces diverses régions deviennent, dans certains cas, ce que l'on appelle improprement des microbes.

4° Le corps vivant n'est pas réfractaire à l'introduction des micro-organismes du dehors, mais, grâce aux microzymas, il réalise l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.

5° Les microzymas *ab ovo* expliquent les phénomènes chimiques et histologiques de l'organisation pendant le développement de l'organisme.

6° Les microzymas changent de fonction en même temps que les cellules des organes.

7° Les microzymas, pendant ces changements, sont morphologiquement semblables, mais leur composition change en même temps que leurs fonctions.

8° L'évolution fonctionnelle avec changement de composition des microzymas explique comment ces différentes espèces de cellules dans les organes ne se nourrissent pas de la même manière, et pourquoi ils sécrètent avec les mêmes matériaux nutritifs des produits différents.

9° Les microzymas d'une partie soustraite à l'organisme vivant peuvent, par évolution, devenir vibrioniens, soit dans un milieu de culture approprié, soit dans cette partie même. Ce fait seul ruine, par sa base, le système microbien.

10° L'organisme physiologiquement sain est celui dans lequel les microzymas n'ont subi aucune modification.

11° Les microzymas d'une région donnée peuvent subir l'évolution vibrionienne.

12° Dans les pustules, les humeurs, les phlegmons, etc., lorsque les microzymas pullulent, ils proviennent de la fonte des cellules.

13° Les microzymas peuvent ainsi, sous les influences les plus diverses, subir dans leurs fonctions une nouvelle manière d'être qui fait qu'on est doué de tel tempérament ou de telle prédisposition, etc.

14° Les microzymas peuvent ainsi devenir morbides.

15° Les microzymas, d'une morbidité donnée, appartiennent à tel ou tel ordre de tissus ou d'organes sans que ceux des ordres dissemblables le deviennent en même temps.

16° Les microzymas morbides des maladies contagieuses, infectieuses ou purulentes, peuvent transmettre, suivant divers modes, leur état aux microzymas du même ordre dans l'organisme sain.

17° Les microzymas morbides peuvent être cultivés comme les microzymas sains.

18° Les microzymas morbides d'une espèce animale peuvent ne pas transmettre leur morbidité aux microzymas du même ordre d'un individu d'une autre race de la même espèce et du même âge. Mais, la même maladie, ils peuvent la communiquer à des individus plus jeunes de cette race.

19° Les microzymas de deux espèces animales plus ou moins éloignées ne sont pas nécessairement fonctionnellement identiques. C'est pourquoi ces microzymas morbides, qui communiquent la maladie à une espèce, peuvent ne pas la communiquer à une autre.

20° Par régression ou autrement, les diverses formes de l'élévation bactérienne des

microzymas peuvent revenir à leur forme initiale un peu modifiée de microzymas, mais alors la fonction morbide acquise peut disparaître.

21° Après la mort, les microzymas morbides perdent la fonction morbide acquise, ils deviennent de l'ordre des microzymas atmosphériques, des eaux, de la terre, etc., en un mot inoffensifs.

22° Les microzymas morbifiques perdent également leur morbidité par certaines cultures ou dans certaines conditions de température; c'est ce qu'on appelle l'atténuation des microbes.

23° Il résulte des deux derniers faits que ce n'est qu'accidentellement que des microzymas morbifiques peuvent exister dans l'air.

24° Les microzymas du canal alimentaire représentent essentiellement les microzymas des aliments digérés.

25° Les microzymas morbides évolués ou non peuvent redevenir sains.

26° Il faut distinguer les maladies véritablement parasitaires des maladies des microzymas.

27° Les antiseptiques sont utiles non pour empêcher la nocivité des prétendus microbes atmosphériques, mais pour enrayer l'évolution fonctionnelle morbide de nos microzymas propres.

— M. le docteur Duguet lit en son nom, et au nom de M. le docteur Héricourt, un travail intitulé : *Note sur la nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène.* (Comm. MM. Cornil, Mathias Duval et Besnier.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

L'ORGANISATION ET LA RÉGLEMENTATION NOUVELLE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE AU BRÉSIL.

Le décret du 3 février dernier témoigne des progrès rapides de la médecine publique brésilienne. A cette date, M. de Momoré, le réformateur de l'hygiène publique de l'empire, a enfin pu réaliser un projet longuement préparé, et plus longuement encore médité.

Ce ministre, auquel ses compatriotes doivent de nombreux et grands progrès dans l'administration, a voulu créer l'autonomie de la médecine publique. Dans ce but, il en a confié l'administration à des médecins experts dans leur science, et non pas seulement dans la politique.

En effet, le décret dont il est l'initiateur fonde une administration spéciale de l'hygène dont les principaux organes sont un Conseil supérieur de santé et deux inspecteurs généraux, l'un préposé à la surveillance et à l'administration sanitaire dans les ports; l'autre, chargé des mêmes fonctions dans l'empire.

Des délégués urbains et ruraux leur servent de lieutenants. Les attributions de cette administration sont étendues bien au delà des questions de réglementation ou de police sanitaire. Elles ont pour objet l'exercice des diverses branches de la science de guérir, médecine, art dentaire, pharmacie, démographie, service de la vaccine, étude des épidémies, hôpitaux, assistance publique et avis à donner aux administrations communales ou centrales. Le Conseil supérieur et les Conseils provinciaux possèdent le droit d'initiative; les fonctionnaires et les délégués exécutent leurs décisions.

M. de Momoré a voulu doter son pays d'une administration de la médecine publique. Il a réussi à le faire. Son œuvre, à n'en pas douter, sera féconde, d'autant plus qu'il trouve dans nos confrères brésiliens, comme M. Farinho et d'autres encore, des auxiliaires aussi savants que dévoués. Ce règlement assure donc le succès de ces grandes réformes sanitaires dont l'habile ministre est le promoteur et qui ne seront pas la moindre œuvre du règne de l'empereur Don Pédro. C'est une sorte de code sanitaire que les hygiénistes auront quelque intérêt à consulter et les hommes d'Etat de tous les pays à imiter. — Ch. Eloy.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉ CONTRE L'ULCÈRE SIMPLE. — Demarquay.

Glycéré d'amidon	100 grammes.
Sulfate d'alumine et de zinc	20 —

Mêlez. — Recommandé par l'auteur pour appliquer sur l'ulcère simple indolent. — Quand l'ulcère est douloureux, on le panse avec le mélange suivant :

Laudanum de Sydenham	4 à 5 grammes.
Glycérine	100 —

Les pansements à la glycérine rendent également des services dans le cas d'ulcères scorbutiques, scrofuleux et syphilitiques. — 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.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Jean-Henri Thorens, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre du comité directeur de l'Association générale d'Alsace-Lorraine, décédé à Fontenay-sous-Bois, le 16 avril 1886, à l'âge de 41 ans.

J.-H. Thorens était secrétaire général de la Société de médecine de Paris ; il laisse parmi ses collègues de profonds et sincères regrets.

— Nous avons également le regret d'apprendre la mort de notre confrère Carlet, décédé à Panama de la fièvre jaune, le 4 avril.

— Par arrêté préfectoral, en date du 6 avril, M. le docteur Doury est nommé médecin inspecteur des écoles pour la 6e circonscription du XVe arrondissement de la ville de Paris, en remplacement de M. le docteur Leboucq, démissionnaire.

LEGS. — Aux termes d'un décret rendu le 22 mars 1886, la Commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette Association par le sieur Kresz (Pierre-Christophe), suivant ses testament et codicile olographes des 12 novembre et 3 décembre 1883 : ledit legs consistant en une rente de 1,200 fr. 3 p. 100 sur l'Etat à charge de payer une pension viagère de pareille somme à la dame Colin, née Marie-Barbe Caumont.

Ladite rente sera immatriculée au nom de l'œuvre, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

CHEMIN DE FER P.-L.-M. — M. le docteur Gabriel Gignoux vient d'être nommé médecin du chemin de fer de la Compagnie P.-L.-M., en remplacement de M. Pernot, décédé. — M. le docteur Phélip est nommé médecin suppléant.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE 1886. — On parle beaucoup de l'exposition internationale de la Société nationale des Sciences et des Arts industriels qui doit s'ouvrir en juillet prochain, et qui sera comme le complément des fêtes du Commerce et de l'Industrie.

Le but essentiellement philanthropique de la Société a attiré les plus grands noms de l'industrie parisienne, et tout fait prévoir un brillant succès à cette Exposition.

L'*Hygiène* et l'*Alimentation* y occuperont une place considérable, en raison de l'intérêt que porte le public à ces questions.

Le groupe de l'*Hygiène*, particulièrement, est placé sous le haut patronage d'un Comité composé des personnalités les plus autorisées du corps médical.

C'est notre confrère, M. Louis Bourne, directeur du *Travail*, dont la compétence en ces matières est reconnue, qui a été chargé par la Société nationale des Sciences et des Arts industriels, dont il est le délégué général, de l'organisation de ces deux groupes importants, et c'est dans ses bureaux, 2, rue de Provence, que nos lecteurs trouveront tous les renseignements concernant lesdits groupes : *Hygiène — Alimentation.*

La variole a Marseille. — D'après le docteur Albenois, directeur du bureau de statistique de Marseille, la variole n'avait pas sévi avec autant d'intensité dans cette ville depuis soixante ans. L'épidémie a débuté en juillet 1885, avec 19 décès; on en a compté 34 en août, 18 en septembre, 49 en octobre, 62 en novembre et 110 en décembre.

L'épidémie a pris une acuité plus grande encore depuis le commencement de l'année. Il y a eu 261 décès en janvier et 313 en février, total : *huit cent soixante-six décès.*

Sur les 584 décès constatés dans les trois derniers mois, on relève 317 décès d'adultes et 267 décès d'enfants âgés de moins de dix ans. Ce dernier fait nous donne la mesure de la négligence que l'on apporte dans la pratique de la vaccination à Marseille, et démontre la nécessité de voir enfin sortir des cartons du Parlement la loi sur la vaccination obligatoire. Pour notre part, nous serions heureux de voir les médecins-députés, et ils sont nombreux, discourir moins longuement sur la liberté des funérailles et employer leur légitime influence à supprimer cette cause puissante de dépopulation.

(*Lyon médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 avril 1886. — *Ordre du jour :* 1. M. Horteloup : Rapport sur la candidature de M. le docteur Edmond Wickham au titre de membre titulaire. — 2. M. Thevenot : Rapport sur la candidature de M. le docteur Pintaud-Désallées au titre de membre correspondant. — 3. M. Abadie : De quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales. — 4. M. Bovet : Rétrécissement de l'œsophage. — 5. M. Dubrisay : De la paralysie diphthéritique.

Le Quinium Roy, granulé, soluble, renferme le tannin et tous les alcaloïdes du quinquina. Il est *tonique* à la dose de 2 cuillerées à café ou fébrifuge à celle de 2 à 3 cuillerées à bouche.

La Farine Morton est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

ON DEMANDE un médecin militaire ou de la marine retraité ou civil, de 40 à 57 ans, célibataire ou veuf, pour être attaché à une famille résidant tantôt en France, tantôt à l'Etranger. — S'adresser, par écrit ou verbalement, au docteur Chevalet, boulevard Malesherbes, 92, Paris, visible les lundi et samedi, de deux à quatre heures.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST. — Fêtes de Pâques. — *Voyages à prix réduits.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, la durée de validité des billets d'aller et retour sera prolongée comme suit :

1° Les billets dits de « Bains de Mer » et les billets d'aller et retour de Paris aux localités situées au delà de Gisors, Mantes, Houdan et Rambouillet, délivrés du 21 avril au 2 mai, seront valables au retour, jusqu'au 15 mai inclusivement, ce qui donne une durée de :

14 jours aux billets délivrés le 21 avril ;
13 jours aux billets délivrés le 22 avril ;
12 jours aux billets délivrés le 23 avril, etc., etc.

2° Les billets d'aller et retour délivrés, à partir du 24 avril, pour les localités plus rapprochées de Paris, seront valables au retour, jusqu'au 27 avril inclusivement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. LANCEREAUX : Les cirrhoses. — II. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de médecine de Paris. — III. VARIÉTÉS : Les femmes médecins à Bombay. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Chronique. — VI. FORMULAIRE.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les cirrhoses.

Leçon clinique recueillie par M. BESANÇON, interne du service.

Messieurs,

La cirrhose du foie était autrefois considérée comme une maladie univoque. C'est ainsi qu'elle est encore envisagée dans la plupart des traités de pathologie, notamment dans celui de Grisolle. Depuis le premier démembrement que nous en avons opéré, il y a une vingtaine d'années (1), cette affection a été beaucoup trop subdivisée; car, prenant pour base de la classification des cirrhoses l'anatomie pathologique ou encore la morphologie, plusieurs auteurs en sont arrivés à distinguer des cirrhoses veineuse, biliaire, etc., des cirrhoses atrophique, hypertrophique, etc.

Je vais essayer de vous montrer, à l'aide des exemples que nous avons en ce moment sous les yeux, que, pour arriver à classer naturellement les différents désordres compris sous la dénomination de cirrhose, il faut tenir compte non seulement des caractères de la lésion, mais encore de l'évolution et de la cause. Nous arriverons ainsi à établir l'existence d'un petit nombre de types absolument distincts les uns des autres.

Successivement, nous étudierons la cirrhose alcoolique, la cirrhose impaludique, la cirrhose syphilitique. Ces trois formes, spécialisées par leur étiologie, ne sont pas moins dissemblables par leur anatomie pathologique et leur marche. Pour ne parler en ce moment que de la durée, la cirrhose

(1) Voyez notre Atlas d'anatomie pathologique. Paris, 1870.

FEUILLETON

CHRONIQUE

M. Pasteur jugé par les Américains. — La rougeole et la diphthérie en Allemagne. — Le suffrage universel appliqué à la vaccine. — L'identité des criminels établie au moyen de l'anthropométrie.

Pendant que quelques folliculaires à court de copie, ou affectés d'une idiosyncrasie bizarre, s'obstinent à nier les services rendus à l'humanité par les découvertes de M. Pasteur, ou à voir dans ses moindres actes ou dans ceux de ses collaborateurs matière à réclame, les étrangers, animés d'un esprit de justice qu'il n'est pas inutile de rapprocher de ce dénigrement systématique, semblent ne pouvoir assez louer notre éminent savant. Tout récemment c'était le sultan qui ajoutait son hommage à tant d'autres. Je ne puis m'empêcher de reproduire ici un passage d'une lettre adressée au *Soleil* à ce sujet, et qui, à un autre point de vue, est des plus intéressants :

« Le 30 mars mourait, à Newark, dans toutes les horreurs de l'hydrophobie, le directeur de la fourrière aux chiens, M. George Neall, mordu, le 19 janvier dernier, par l'un des chiens, celui à qui les quatre petits Newarkais durent de visiter Paris et M. Pasteur. Cette mort affreuse lève tous les doutes émis jusqu'ici sur le danger couru par les enfants en question. Ils peuvent, en toute vérité, se considérer comme

des buveurs évolue souvent en moins d'une année; elle peut même tuer en deux ou trois mois, dans sa variété dite graisseuse. Par contre, la cirrhose paludéenne dure six ou huit ans, et la cirrhose syphilitique ne tue presque jamais.

Nous établirons un parallèle complet entre ces cirrhoses, mais auparavant nous allons vous retracer l'histoire des quelques malades qui ont passé, ou qui sont encore dans nos salles, pour que votre esprit puisse se reporter à la réalité quand nous ferons l'étude didactique des trois grandes espèces de cirrhoses du foie.

Le nommé M... (Constant), tailleur d'habits, âgé de 49 ans, homme robuste et bien constitué, est apporté dans notre service, salle Piorry, n° 9, le 3 décembre 1885, dans un état d'hébétude qui ne lui permet pas de nous renseigner. Son lit est entouré de planches, et nous apprenons qu'il a été agité toute la nuit, qu'il a appelé, et s'est levé à plusieurs reprises pour s'enfuir de la salle.

Ses traits sont altérés, son visage malpropre, les pommettes et le nez sont parsemés de varicosités, les yeux sont humides et rouges. La langue est sèche, fendillée, rouge au niveau des bords; ni vomissement ni diarrhée.

La teinte de la peau est d'un jaune clair, subictérique; l'abdomen est volumineux, considérablement météorisé, principalement dans sa moitié supérieure; les veines sous-cutanées y apparaissent larges et noirâtres. La percussion abdominale, pratiquée méthodiquement, donne un son tympanique dans toute l'étendue du ventre. Néanmoins, lorsqu'on vient à incliner le malade d'un côté, on perçoit à la partie déclive un bruit hydroaérique qui nous indique la présence d'un liquide dans la cavité péritonéale. Ce symptôme, joint aux précédents, nous met sur la voie d'une affection du foie.

Cet organe est, en effet, manifestement augmenté de volume. Il mesure à la percussion 22 centimètres au niveau de la ligne mammaire ; il a la même dimension dans la ligne axillaire, et 13 centimètres au niveau de la ligne blanche. Au palper, il est possible, malgré le météorisme, de sentir le bord libre du foie épaissi, mais régulier; la surface de cette glande, à peu près lisse, n'est ni bosselée ni douloureuse à la pression.

La rate est manifestement tuméfiée, plus volumineuse qu'à l'état normal. L'urine, peu abondante, d'une densité de 1,018, ne renferme ni albumine, ni sucre, mais une très faible quantité de matières colorantes biliaires.

---

devant la vie à l'illustre savant français. Mais le plus curieux, c'est que deux des docteurs qui ont fait l'autopsie du pauvre Neall se sont coupés en essayant les instruments qui leur servaient dans leur dangereuse besogne. Tous deux vont partir pour Paris : « Ils n'ont pas peur, disent-ils, mais ils se sentiront plus rassurés tout de même quand le *wonderful Frenchman*, — le merveilleux Français, — les aura inoculés ». Et je suis parfaitement de leur avis.

« Les journaux de ce matin publient une lettre de M. Pasteur au docteur Alexandre B. Mott (de New-York), qui désire fonder dans notre ville un institut d'inoculation sous le nom d'*American Pasteur Institute*. Tout en faisant savoir au docteur new-yorkais qu'il se prépare à Paris un établissement suffisant pour les besoins de l'Europe et de l'Amérique, M. Pasteur annonce qu'il est prêt, aujourd'hui que le succès de sa méthode est acquis, à recevoir dans son laboratoire un jeune médecin envoyé par le docteur Mott. Si M. Pasteur n'est pas absolument « prophète dans son pays », il peut se flatter d'être, aux Etats-Unis, regardé comme le plus grand bienfaiteur de l'humanité qu'ait produit le dix-neuvième siècle. Et si la République américaine était un pays à décorations, nul doute qu'elle n'en couvrît d'un seul coup la poitrine de ce glorieux compatriote de Lafayette. »

Le point de vue intéressant que je signalais est la mort du directeur de la fourrière qui, mordu par le même chien que les quatre petits newarkais inoculés par M. Pasteur, n'a pas été inoculé et est mort de la rage. Ceci confirme malheureusement le diagnostic porté sur la maladie du chien, et justifie pleinement les précautions qui ont été prises pour mettre les autres personnes mordues à l'abri de l'invasion de cette terrible maladie.

Rien au cœur ni dans les vaisseaux. Gros ronchus dans les bronches. Absence d'œdème ou de troubles trophiques aux extrémités des membres, où existe cependant un léger degré d'hyperesthésie. Les muscles sont amincis. La température, qui était hier soir de 39°5, est, ce matin, de 37°8. Le pouls est calme.

Tel est l'état de notre malade le lendemain du jour de son admission à l'hôpital. La coloration particulière de la peau, le météorisme excessif de l'abdomen, la dilatation des veines sous-cutanées de la région supérieure du ventre, la présence d'un peu de liquide dans la cavité péritonéale, l'augmentation du volume de la rate, et enfin un amaigrissement sensible sont autant de signes qui, par leur réunion, nous conduisent à admettre l'existence d'une affection hépatique avec obstacle mécanique à la circulation du sang de la veine porte. L'absence de bosselures à la surface de l'organe lésé, l'induration de celui-ci, nous amènent à diagnostiquer une cirrhose, et, comme le foie est volumineux, il nous est facile de dire que c'est là une *cirrhose hypertrophique*. Mais cette qualification ne nous renseigne ni sur la nature, ni sur l'évolution de cette lésion. Ce qui importe, en pareil cas, c'est de chercher l'origine du mal. Or, si les cirrhoses, telles que nous les connaissons aujourd'hui, peuvent être classées, en tenant compte de leur étiologie, sous les trois chefs suivants : cirrhose alcoolique, cirrhose impaludique, cirrhose syphilitique, il y a lieu de se demander à laquelle de ces trois espèces nous avons affaire dans le cas présent? Tout d'abord, nous écarterons la cirrhose syphilitique, non seulement parce que notre malade ne porte aucun stigmate de vérole, mais surtout parce que les caractères présentés par le foie ne sont pas ceux de l'affection syphilitique. Cette dernière, en effet, est le plus souvent circonscrite à une partie de l'organe, qu'elle déprime ou même détruit plus ou moins totalement, tandis que la portion restée saine s'hypertrophie, et de là des déformations plus ou moins considérables de la surface hépatique, mais rien de pareil ici. Ajoutons que la cirrhose syphilitique évolue avec une extrême lenteur, tandis que celle de notre malade paraît marcher assez rapidement. L'évolution essentiellement chronique de la cirrhose impaludique, qui n'est que tardivement

*
* *

Le ministre allemand qui, répondant à l'interpellation de M. Virchow, avait déclaré que le port obligatoire de la muselière suffisait à préserver les chiens de la rage, s'est probablement ravisé, soit de lui-même, soit à l'instigation de personnes mieux avisées que lui, puisqu'il paraît que la question de la vaccination rabique va être étudiée en Allemagne. Quoi qu'il en puisse advenir, si la rage ne fait que peu de victimes dans ce pays, d'autres affections contagieuses, la rougeole et la diphthérie, entre autres, y font en ce moment de grands ravages.

A Berlin, la rougeole règne avec une grande intensité, atteignant tout le monde, sans distinction d'âge, de sexe, ni, ajoute un journal, *de rang*. La plupart des membres de la famille impériale ont eu ou ont la rougeole ; le prince impérial garde le lit ; il en est de même des princesses ses filles, du prince Henri et de la princesse de Saxe-Meiningen. Voilà un nouvel élément, *le rang*, qu'il faudra faire entrer à l'avenir dans l'étiologie de la rougeole, ce dont on ne s'était pas encore avisé jusqu'ici.

Un vingtième de la population en est atteint, mais les décès sont rares de ce chef.

En Saxe, la diphthérie est plus meurtrière. Il résulte d'un document officiel qui vient d'être publié par le collège royal médical saxon que ce que l'on se disait des ravages de cette affreuse maladie était même au-dessous de la vérité. C'est surtout aux enfants et aux femmes qu'elle s'attaque, en particulier aux enfants. Aussi ne lui donne-t-on plus que le nom de *Würgengel*, d'ange exterminateur. Tandis qu'en 1873 le nombre

©BIU Santé

accompagnée d'ascite, nous conduit, d'un autre côté, à ne pas rattacher à la malaria l'affection qui nous occupe. Par contre, l'examen physique du foie, et les phénomènes généraux présentés par notre malade, nous portent, à admettre qu'il s'agit ici d'une cirrhose alcoolique. La lésion hépatique, en effet, est générale, et, quoique récente, s'accompagne de dilatation veineuse, d'hyperémie de la rate et d'ascite. L'agitation du malade, le tremblement de ses lèvres, sa physionomie, son hébétude sont autant de symptômes accusateurs d'une intoxication alcoolique. Resterait à expliquer la fièvre; mais celle-ci, constatée hier soir, n'existe plus aujourd'hui, et n'a vraisemblablement que peu d'importance.

L'état général de notre malade, la nature et la marche de son affection nous font craindre un dénoûment fatal avant peu de jours. La principale indication thérapeutique est, pour l'instant, de calmer l'agitation, de ramener le sommeil ; à cet effet, nous prescrivons un julep avec 3 grammes d'hydrate de chloral et 40 grammes de sirop de morphine, puis un régime lacté exclusif et un gramme d'extrait de quinquina. Plus tard, s'il est possible, nous chercherons à arrêter les progrès de la cirrhose par l'emploi de l'iodure de potassium.

Le 5 septembre, la femme du malade nous apprend que son mari est un homme depuis longtemps adonné à la boisson, qu'il prenait autrefois avec excès du vin, de l'eau-de-vie, et même de l'absinthe. Dans ces dernières années, il avait cessé l'usage de l'absinthe, et s'en tenait à trois ou quatre litres de vin par jour, auxquels il ajoutait souvent plusieurs verres de cognac.

Il y a dix ans, il a été traité à l'Hôtel-Dieu pour un accès de fièvre chaude, sans doute une attaque de *delirium tremens*, qui obligea à lui mettre la camisole de force. Depuis lors, il s'est à peu près bien porté ; néanmoins, il n'a cessé d'avoir des cauchemars et de l'insomnie, de la pituite au réveil. Le 25 novembre dernier, il éprouve un malaise qui l'arrête ; le lendemain, il peut encore travailler, mais passe une nuit agitée. Un médecin appelé ordonne un purgatif et les jours suivants le malade reste au lit. Dans la

---

des victimes n'était encore que de 1,704, il a été l'année dernière de 7,855 personnes dont plus des 3/4 sont des enfants. Dans les quatre dernières années, la diphthérie a enlevé un peu plus de 20,000 enfants.

Le chiffre des décès a augmenté d'année en année, non pas seulement d'une manière absolue, mais relative au chiffre de la population. Le chiffre des victimes de cette maladie est monté de 29,14 sur 1,000 personnes vivantes à 31,78 ! Ce chiffre, en Prusse, n'est pas allé au delà de 26,50. On doit cette augmentation, croit-on, à l'introduction en Suisse de la petite vérole, qu'apportent les habitants de la Bohême, pays où l'obligation de la vaccine n'existe pas.

Cette opinion ne sera certainement pas partagée par un bon nombre d'Américains, ainsi qu'il résulte du document suivant :

On sait les efforts que font certains de nos honorables confrères pour qu'on rende légalement la vaccine obligatoire. Les Etats-Unis, quelques-uns d'entre eux du moins, ont cru que le meilleur moyen de résoudre la question était de la soumettre au suffrage universel. Voici le résultat que ce singulier plébiscite a donné dans les villes de Newton et de Carlestown :

1,800 bulletins furent distribués aux habitants de ces deux villes, portant les questions suivantes;

1° Croyez-vous à l'efficacité de la vaccination ?

2° Approuvez-vous la vaccination obligatoire sous peine d'amende et ds prison ?

nuit du 30 novembre au 1er décembre, il a des visions effrayantes, une extrême agitation, il se voit entouré de toutes sortes d'animaux.

Le délire persiste jusqu'au moment de l'admission à l'hôpital. Deux jours plus tard, le 6 décembre à six heures du matin, la mort survient dans le coma.

A l'ouverture du cadavre, on est frappé de la surcharge graisseuse des viscères. Les appendices épiploïques sont énormes ; les reins couverts de graisse ne présentent rien de spécial à la coupe ; le péricarde et la face antérieure du cœur sont également le siège d'une adipose considérable. Les valvules sont peu altérées ; elles offrent cependant quelques plaques graisseuses à leur surface, le myocarde est un peu mou et jaunâtre. L'aorte et les vaisseaux ne sont le siège d'aucune altération. Dans le péritoine, il existe environ trois verres de liquide citrin. L'estomac et l'intestin sont distendus par des gaz ; leur muqueuse est ardoisée. L'épiploon, volumineux et surchargé de graisse, adhère au bord libre du foie et même au diaphragme dans toute l'étendue du lobe droit. Il résulte de là que, pendant la vie, l'épiploon venait augmenter la matité du foie dans une étendue de 2 à 3 centimètrss ; c'est là un fait qui s'observe quelquefois encore dans la péritonite tuberculeuse.

Le *foie* est uni au diaphragme par des adhérences membraneuses anciennes, multiples, qu'il est assez difficile de détacher. Ces adhérences existent même en arrière. Le ligament suspenseur est couvert de graisse. La surface de la glande est parsemée de granulations de volume variable, dépassant à peine la grosseur d'un petit pois : sa capsule est épaissie et blanchâtre surtout en avant et en haut. A l'incision, le parenchyme est granulé, de teinte jaune, très ferme. L'altération est à peu près partout semblable.

L'*examen microscopique* montre que la capsule de Glisson est considérablement épaissie, vascularisée, et qu'il existe entre cette capsule et le tissu propre du foie de très nombreux vaisseaux dilatés, comme s'il s'était fait à ce niveau une circulation collatérale et complémentaire. Dans le tissu hépatique, les lobules sont à la fois entourés et échancrés par des bandes épaisses de tissu conjonctif ; la sclérose est nettement bi-veineuse. Sur certains points les lobules ont disparu, et l'on n'aperçoit plus que de petits îlots de substance hépatique étouffés dans une gangue conjonctive et aussi des travées de sclérose développées autour des ramuscules sus-hépatiques et des veinules portes. Sur d'autres points de la coupe, les lobules ont conservé leur forme, et la cir-

---

1,300 habitants répondirent ; 500 gardèrent le silence pour diverses raisons, mais principalement par indifférence.

Sur les 1,300 réponses,

829 furent contraires à la vaccine ;

253 y furent favorables, mais contraires à l'obligation ;

179 furent favorables et à la vaccine et à l'obligation ;

39 furent contraires à l'obligation sans se prononcer sur l'utilité de la vaccine.

Plusieurs autres villes consultées ont fait des réponses analogues. Le plébiscite, paraît-il, se continue.

*
* *

On n'a pas oublié les articles si intéressants publiés par M. Alphonse Bertillon, dans la *Revue scientifique*, sur la façon d'établir d'une manière à peu près certaine l'identité des criminels. Cette identité est un des cauchemars de la préfecture de police, à cause des changements de nom, de forme des traits, de coupe de barbe et de cheveux, de disparition des tatouages, etc., qui peuvent faire varier les signes soi-disants d'identité. Mais, grâce à certains caractères indélébiles, comme la couleur des yeux, l'angle facial, la longueur des membres, du pied, la taille, etc., on peut arriver à résoudre presque à coup sûr la question. Ces données viennent d'avoir une application des plus curieuses.

Il y a quelques jours, des agents de la sûreté arrêtèrent une bande de cinq pick-

©BIU Santé

rhose, par places, est nettement monolobulaire ; un anneau de tissu conjonctif entoure un lobule au centre duquel la veine sus-hépatique est souvent circonscrite par une bande de sclérose.

A l'aide d'un faible grossissement, il est déjà possible de se rendre compte des altérations subies par les cellules hépatiques, car la surface de la coupe se trouve obscurcie en quelques endroits par de petites gouttelettes graisseuses détachées du tissu sous-jacent, et de plus, certains points de la substance de l'îlot paraissent très fortement pigmentés.

A un plus fort grossissement, on voit que les bandes de sclérose sont formées sur certains points par un tissu fibreux très dense analogue au tissu de cicatrice ; en d'autres points, principalement au voisinage immédiat des îlots, le tissu conjonctif est plus jeune et infiltré de cellules embryonnaires ; les ramuscules portes sont le siège d'une endopériphlébite très nettement accusée. Les canalicules biliaires interlobulaires semblent plus nombreux, comme s'il y avait néoformation de ces canalicules, mais il se peut que ce soit là une simple apparence ; ils présentent, en tout cas, cette particularité d'offrir pour la plupart un certain degré d'angiocholite ; leur épithélium n'est plus nettement cubique, à cellules individualisées par l'hématoxyline, mais leur lumière est tout entière remplie de cellules boursouflées, détachées de la paroi et mélangées d'un peu de mucus. L'examen des veines sus-hépatiques permet de reconnaître au centre de l'îlot l'existence d'une prolifération conjonctive énorme.

Quant aux cellules hépatiques, elles sont le siège de lésions multiples pour la plupart anciennes et présentent tous les types de dégénérescence granulo-graisseuse ou pigmentaire avec surcharge graisseuse. Les cellules atteintes d'adipose ont leurs noyaux refoulés à la périphérie, et une grosse gouttelette de graisse remplace souvent leur protoplasma. Çà et là, par places et sans ordre apparent, se voient des groupes de cellules saines, d'autres chargées de granulations pigmentaires, d'autres enfin à protoplasma trouble et très granuleux. Sur des points très nombreux on observe une petite dilatation entre deux rangées de cellules hépatiques, et cet espace est rempli par un petit gravier biliaire. Nulle part on n'observe de transformation nodulaire ni de production œdémateuse.

La surface convexe, au niveau du lobe droit, mesure 42 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. L'organe pese 1,750 grammes. La veine porte est libre ainsi que les conduits hépatiques. La vésicule contient une faible quantité de bile brunâtre.

La *rate* a de 12 à 14 centimètres dans son diamètre transversal. Son diamètre lon-

---

pockets anglais en train de dévaliser un vieillard en pleine place de la Bastille. Ils avaient déclaré au commissaire de police se nommer les deux frères Gray, Backer, Resser et l'interprète Conroy.

Ce dernier prétendit devant le commissaire de police qui l'interrogeait que ses quatre compagnons étaient d'innocents voyageurs débarqués le matin même dans la capitale et qu'il avait racolés à la gare Saint-Lazare pour les piloter à travers la ville, et aussi, laissait-il deviner, quelque peu les voler. Naturellement, les quatre autres répondaient à ce rôle en posant pour des Yankees, ne sachant pas un traître mot de français et victimes de leur amour des voyages.

M. Pasques, juge d'instruction, sûr que les cinq individus arrêtés étaient des pick-pockets de profession, transmit leur signalement anthropométrique au répertoire central d'identité organisé par l'administration pénitentiaire d'après le système Alphonse Bertillon. Il lui fut répondu aussitôt : 1° que les deux soi-disant frères Gray n'étaient parents à aucun titre, et s'appelaient, l'un, Vickers, et l'autre, Peyne; 2° que le vrai nom de Resser était Bessel; 3° que l'interprète Conroy, celui qui s'accusait coupable, n'était autre qu'un nommé Mar; 4° que tous les quatre sortaient depuis dix-huit mois de la Maison centrale de Poissy, où ils avaient dû certainement se connaître, et d'où, en exécution d'un arrêté d'expulsion, ils avaient été reconduits à la frontière à l'expiration de leur peine.

Reste à établir l'identité du cinquième dit Baker, un homme de petite taille, d'apparence respectable, mais à expression rusée, âgé de 45 ans environ, et qui a la peau

gitudinal est de 20 à 22 centimètres. Elle est ferme, crépite sous le doigt. Son parenchyme est noirâtre, par suite d'une congestion ancienne.

Le *pancréas* est petit, non sclérosé. Il pèse 100 grammes.

Rien aux organes génitaux.

Opalinité légère des méninges à leur convexité. Intégrité des artères de la base de l'encéphale. Rien à la surface ni aux coupes du cerveau. Dilatations variqueuses des veines du plancher du bulbe.

Au sommet du poumon droit, noyau d'hépatisation grise, qui a été l'occasion de la mort du malade.

Au n° 33 de la salle Piorry se trouve couché un homme de 39 ans, exerçant la profession de garçon de magasin, et qui a déjà été soigné à l'Hôtel-Dieu, en 1881, pour des accidents analogues à ceux qui l'ont amené dans notre service, au mois de mai dernier. Il présentait alors de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs, du météorisme sus-ombilical, une dilatation du réseau veineux sous tégumentaire de l'abdomen, de l'hypermégalie du foie et de la rate, tous phénomènes qui mettaient en évidence l'existence d'une cirrhose. D'autres symptômes révélaient l'existence d'une intoxication alcoolique. Le malade offrait une hypéralgésie symétrique des extrémités inférieures; il dormait mal, avait des pituites matinales. Du reste, il avouait des excès de vin, trois litres et plus chaque jour. Comme il existait une teinte subictérique avec décoloration des fèces et pigment biliaire dans l'urine, comme d'autre part il survenait parfois des épistaxis, phénomènes qui dénotaient la participation de l'élément glandulaire à l'altération du stroma conjonctif, le pronostic nous parut assez grave. Cependant, sous l'influence du lait et de l'iodure de potassium, nous avons vu l'ascite disparaître rapidement, l'appétit revenir avec les forces, et ce matin à la visite, j'ai pu vous faire constater la diminution du volume du foie et le bon état général du malade. Ne nous hâtons pas de le considérer comme guéri, il garde, en partie du moins, sa lésion qu'il est impossible de faire rétrograder entièrement, dans les points où elle est arrivée à

---

couverte de tatouages très anciens et à moitié effacés soit par le temps, soit peut-être à la suite d'applications répétées de vésicatoires.

On croit que cet individu n'a jamais été interné en France.

SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA DU CUIR CHEVELU. — Ellis.

Acide salicylique	2 grammes.
Blanc de baleine	10 —
Beurre de cacao	20 —

F. s. a. une pommade, conseillée contre l'eczéma de la tête et de la face, chez les enfants. — N. G.

MIXTURE CONTRE L'ANOREXIE. — Monin.

Teinture de fèves Saint-Ignace	8 grammes.
Arséniate de soude	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée de camomille	300 grammes.

Mêlez. — Une cuillerée à dessert, trois fois par jour, avant les repas, pour combattre l'anorexie des tuberculeux. — N. G.

constituer un véritable tissu de cicatrice (1). Depuis quelque temps, grâce au traitement mis en usage, nous luttons avec succès contre les cirrhoses, et si nous ne guérissons pas toujours cette affection, du moins nous l'arrêtons et nos malades continuent de vivre.

La troisième malade dont je veux vous entretenir est un autre exemple de cirrhose alcoolique, un peu différent de ceux dont il vient d'être question. C'est une femme de 45 ans, marchande ambulante, que vous pouvez examiner au n° 4 de la salle Lorain. Quand elle est entrée à l'hôpital, le 18 juillet dernier, elle offrait une teinte subictérique et un météorisme considérable de l'abdomen. Il n'y avait pas ou très peu de liquide dans le ventre et les veines sous-cutanées de la région sus-ombilicale n'étaient pas très apparentes. Mais le foie énorme descendait jusqu'à l'épine iliaque, s'avançait d'autre part jusqu'à l'ombilic. La rate était grosse, moins volumineuse toutefois que chez nos deux autres malades. La malade n'offre aucune manifestation présente ou antérieure d'impaludisme ou de syphilis, mais les réflexes plantaires sont abolis, les reflexes rotuliens diminués, la sensibilité est obtuse aux deux jambes et dans les deux tiers inférieurs des cuisses. La malade se plaint de fourmillements et de crampes dans les mollets, surtout la nuit. Elle dort mal, et son sommeil est traversé par des cauchemars et des rêves effrayants. Au contraire des deux hommes précédents, cette femme n'avoue pas ses habitudes de boisson, mais il suffit de voir son visage, avec ses yeux brillants, ses pommettes injectées, le tremblement de ses lèvres, pour être convaincu du peu de valeur de ses dénégations.

C'est donc un nouveau cas de cirrhose alcoolique; mais, si on tient compte des phénomènes qui accompagnent cette affection, il faut reconnaître que les lésions du stroma sont ici peu avancées, et que l'altération graisseuse des éléments cellulaires est plus importante que dans notre premier cas, aussi peut-on lui donner le nom de cirrhose alcoolique graisseuse (2).

Cette dernière malade a été soumise à l'emploi du lait et de l'iodure de potassium, puis elle a été envoyée à la douche pendant un mois. Au bout de ce temps, elle est sortie améliorée ; au dehors, elle a continué son traitement, et elle revient régulièrement nous voir. Elle gagne chaque jour du terrain, car son état général est plus satisfaisant, son poids a augmenté et son foie a manifestement diminué de volume.

Le quatrième malade, dont je vous parlerai aujourd'hui, a succombé. C'était un homme de 52 ans, entré en mars dernier, au n° 49 de la salle Piorry. Il était très robuste, faisait le métier de boucher, buvait du vin en excès, et présentait des signes non équivoques d'intoxication alcoolique.

Il était malade depuis très peu de temps. Ses forces avaient subitement baissé, il s'était amaigri et n'avait pas tardé à devenir ictérique. Il nous est entré avec un météorisme et une ascite énorme, des dilatations veineuses considérables, un ictère léger et des épistaxis reparaissant de temps à autre. Le foie débordait très peu les fausses côtés; la rate était très volumineuse. L'appétit était médiocre, les matières intestinales se trouvaient en grande partie décolorées. Les urines, sans albumine, donnaient au réactif de Gmelin la teinte du pigment biliaire.

(1) Ce malade a quitté le service le 6 avril ; il avait gagné 22 kilogrammes et se trouvait tout à fait bien.

(2) Voyez Gilson : *De la cirrhose alcoolique graisseuse*, Th. de Paris, 1884.

La marche fut très rapide; malgré le traitement, l'ascite augmenta, les forces diminuèrent, la respiration s'accéléra. La ponction de l'abdomen devint urgente, et douze litres d'un liquide citrin furent extraits de la cavité péritonéale. L'ascite se reproduisit presque immédiatement. La respiration resta très fréquente, et il survint des phénomènes sur lesquels je ne veux pas insister aujourd'hui, mais que je ne puis mieux comparer qu'à ceux de l'urémie rénale. Il succomba quelques jours après sa ponction, quatorze jours après son entrée, le 19 mars.

Il fut reconnu à l'examen microscopique que l'altération du stroma conjonctif était surtout interlobulaire, et constituée en grande partie par des éléments cellulaires abondants et un tissu fibroïde; les cellules hépatiques étaient, pour le plus grand nombre, infiltrées de graisse ou atrophiées.

Voilà un type, intéressant, très communément observé chez les marchands de vin. Des hommes vigoureux, habitués à boire chaque jour plusieurs litres de vin, éprouvent à peine quelques inquiétudes la nuit et une pituite quotidienne, quand tout-à-coup les forces tombent, le ventre grossit, survient de l'ictère, souvent aussi du délire, et le malade ne tarde pas à succomber, avec ou sans hémorrhagies. Deux fois, depuis quinze jours, j'ai été appelé en consultation pour des malades de ce genre. Aux lésions du stroma vient se joindre l'altération de l'élément glandulaire, qui entraîne à sa suite de l'ictère, des désordres ataxo-adynamiques et parfois une mort rapide, c'est presque une forme aiguë de la cirrhose. Un semblable mode d'évolution ne s'observe jamais chez les impaludiques, ni chez les syphilitiques.

De toutes les affections hépatiques englobées sous la dénomination de cirrhose, celles qui dépendent de l'intoxication par l'alcool sont donc des plus dangereuses, c'est pourquoi il importe de vous faire connaître les causes, les lésions et les différentes variétés de cette forme de sclérose hépatique, et d'en faire ressortir les indications pronostiques et thérapeutiques. Ce sera l'objet de notre première réunion.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 avril 1886. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père.

Addenda au procès-verbal du 27 mars :

M. Dubuc : J'ai observé un cas à peu près semblable à celui de M. Duroziez, au moins comme symptomatologie. Il s'agissait d'une dame qui se plaignait depuis plusieurs jours d'un sentiment continu de pesanteur anale, avec besoins incessants d'aller à la garde-robe, sans qu'il fût possible d'y donner satisfaction. Le toucher rectal permit de reconnaître qu'on avait affaire à une accumulation de matières fécales formant une boule très dure, du volume du poing, parfaitement arrondie. Pourtant, à l'aide du doigt, et après des tentatives réitérées, je parvins à l'extraire par fragments. De grands lavements furent administrés à la suite, et les symptômes si pénibles ressentis par la malade disparurent immédiatement.

M. de Beauvais : Je me rappelle un fait de même nature. Il s'agissait d'une dame hystérique, souffrant depuis six mois de constipation opiniâtre, et qui avait dans le rectum une accumulation de matières fécales extrêmement dure et volumineuse. Il fallut la chloroformer, et l'extraction ne se fit qu'avec la plus grande peine.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les Journaux et Revues de la quinzaine.

La correspondance manuscrite se compose :

D'une lettre de M. Abadie, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

D'une lettre de M. Durand-Fardel, conviant la Société à se faire représenter au Congrès international d'hydrologie et de climatologie qui se tiendra à Biarritz. Ce Congrès, présidé par M. Durand-Fardel, se tiendra du 1er au 8 octobre 1886. A la lettre est jointe une circulaire imprimée donnant tous les renseignements nécessaires aux membres qui voudraient assister au Congrès.

M. Perrin, trésorier, annonce à la Société que, conformément au vote émis dans la précédente séance, il a versé au Crédit foncier le somme de *deux cents francs*, comme souscription à l'Institut Pasteur.

Présentations.

M. Polaillon offre en son nom une observation de *néphrectomie suivie de guérison ;*

Au nom de M. Pintaud-Désallées, un travail manuscrit intitulé : *De l'embryotomie et de l'opération césarienne dans les rétrécissements du bassin.* M. Pintaud-Désallées sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, de Ranse et Thevenot, rapporteur.)

M. le Président : Je suis heureux d'annoncer à la Société que l'un de nos membres honoraires, ancien président, M. le docteur Gallard, vient d'être élu membre titulaire de l'Académie de médecine; — en même temps, j'ai le regret de lui faire part de la mort de M. le docteur Gillette, enlevé après quelques jours de maladie. M. Gillette avait été secrétaire général de la Société, qui venait de lui conférer le titre de membre honoraire.

M. Duroziez donne lecture d'un travail intitulé : *Du double souffle anémique à forme péricardique.*

Y a-t-il intérêt à ne pas confondre les souffles anémiques avec les souffles péricardiques, pulmonaires, pleuraux, d'insuffisance relative, extra-cardiaques, etc.? Nous ne sommes pas sûr que tous les médecins accordent la même importance que nous à ce diagnostic. Cependant le traitement ne sera pas le même dans tous ces cas et une thérapeutique sérieuse est basée sur un diagnostic légitime. Nous en sommes encore à confondre des bruits péricardiques et des bruits anémiques, et nous n'hésitons pas à proclamer l'efficacité de certaines substances dans un certain nombre d'états dont nous ne pourrions pas prouver l'existence. La thérapeutique est une matière difficile; qu'on songe seulement à la digitale qui a déjà fait ses preuves; que de difficultés dans son maniement! A quelques jours d'intervalle, nous avons été témoin de deux cas où la confusion des bruits péricardiques et anémiques était facile.

Un médecin des hôpitaux nous racontait un fait qui s'est passé dans son service. Une femme atteinte de corps fibreux était épuisée par les hémorrhagies. On entendait au niveau du cœur un bruit de froufrou que tout le monde jugeait péricardique. La femme meurt. A l'autopsie, malgré toutes les recherches, on ne trouve ni péricardite, ni adhérences pleurales, en un mot rien qui puisse expliquer le bruit de froufrou que tous ont entendu. Le médecin des hôpitaux nous fait l'honneur de nous demander notre avis. Nous lui répondons que ce sont des bruits anémiques que l'on a entendus.

Les bruits que l'on perçoit au cou, bruits reconnus anémiques, prennent toutes les formes, toutes les intensités, tous les timbres, grinçants, crépitants, etc. Quand le sang vibre facilement, il produit tous les bruits.

Quelques jours plus tard, nous sommes appelé près d'une jeune femme très nerveuse, mariée depuis huit mois, hystérique; elle a des vomissements, de la céphalalgie. J'écoute son cœur; je suis étonné d'entendre un double souffle qui d'abord me fait penser à de la péricardite. Il n'y a pas de fièvre, pas de double souffle crural; ce n'est pas la forme de l'insuffisance aortique. Nous concluons à un double souffle anémique. Nous revoyons la malade deux jours après. Les accidents nerveux se sont cal-

més. Le souffle du deuxième temps a presque disparu; il n'en reste plus que des traces.

Dans l'hystérie, nous nous méfions des bruits anormaux que nous entendons au niveau du cœur; il nous est arrivé de croire à des insuffisances aortiques, à des rétrécissements mitraux qui avaient disparu le lendemain pour reparaître quelques jours plus tard. L'auscultation fournit des signes précieux, mais qui ont besoin d'être contrôlés par des examens successifs et par d'autres signes.

M. Coignard : Si j'ai bien saisi la pensée de M. Duroziez, il me semble que, pour lui, toutes les lésions du cœur comportent un pronostic à peu près égal; un rétrécissement mitral n'offrirait pas plus de gravité qu'une insuffisance aortique.

M. Duroziez : Je ne voudrais pas qu'on dépassât ma pensée. J'ai voulu insister surtout sur l'importance qu'il y a à séparer les bruits caractéristiques des lésions cardiaques de ceux qui ne sont que chloro-anémiques. Il y a des rétrécissements mitraux purs avec lesquels le malade peut aller très loin. Quand il s'agit de maladies du cœur, on ne saurait faire de l'hydraulique ou de la mécanique pure. On donne, par exemple, comme un signe de l'insuffisance mitrale l'irrégularité du pouls; c'est une erreur. Le pouls ne devient irrégulier que quand le cœur est fatigué.

M. de Ranse : L'irrégularité dans les mouvements du cœur que M. Duroziez a notée chez les hystériques, l'a-t-il également rencontrée chez les hommes névropathes? J'en vois beaucoup à Néris, et il m'a semblé observer de ces irrégularités.

M. Duroziez : J'ai surtout observé chez les femmes. Mais il y a, chez les hommes, les mêmes difficultés pour distinguer les bruits. En dehors de l'hystérie, les variations peuvent exister chez tout individu nerveux. Ainsi, chez un convalescent de fièvre typhoïde, les bruits extra-cardiaques existent au plus haut degré, et je suis convaincu que ce ne sont que des bruits anémiques, car ils apparaissent au-dessus de la clavicule aussi bien qu'au-dessous.

M. de Beauvais : Je demanderai à M. Duroziez quels étaient, chez sa malade, le timbre et le caractère des bruits du cœur pour qu'ils aient été pris pour des bruits péricardiques. Ceux-ci ont leur *froufrou* bien caractéristique, et, s'il a été constaté, il me paraît bien extraordinaire qu'on ait pu confondre un bruit péricardique avec un bruit extra-cardiaque. En outre, il me paraît très important d'ausculter le cœur par derrière : ce point me paraît essentiel pour arriver à un diagnostic précis.

M. Duroziez : Quand on a l'habitude d'ausculter le cou, on est moins étonné de ces erreurs, car, dans cette région, on entend un très grand nombre de bruits, et il y a là un frémissement qui peut en imposer pour le froufrou péricardique.

M. de Beauvais : Le sphygmographe, en donnant le tracé du pouls, ne peut-il pas éclairer le diagnostic?

M. Duroziez : Je considère le sphygmographe comme un très mauvais instrument. Si on le fait appliquer par un aide, on n'est sûr de rien; si on l'applique soi-même, on enregistre une *radiale*. Or, qu'y gagne-t-on? En thèse générale, je déteste les instruments : la clinique se fait avec l'œil, l'oreille et les doigts, en y joignant, bien entendu, le cerveau de l'observateur.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Pellier.

VARIÉTÉS

LES FEMMES MÉDECINS A BOMBAY.

Une récente réglementation vient de fixer les conditions de l'éducation médicale des femmes au Collège médical de Bombay. Chaque session se terminera dorénavant par des épreuves orales, écrites et pratiques devant un jury de professeurs et sur les ma-

tières enseignées pendant la session. Les étudiantes qui n'obtiendront pas pour chaque épreuve la moitié des points seront ajournées pendant une période de temps que le jury déterminera. De plus, un second refus entraînera l'élimination définitive.

A la fin de leurs études, les étudiantes obtiennent un certificat qui les autorise à pratiquer, et ce certificat doit être délivré par le principal du Collège et par le directeur de l'instruction publique. Au moment où on parle de nouvau de réglementer l'exercice de la médecine en France, cette organisation mérite d'être signalée à nos législateurs.

C. L. D.

COURRIER

Les internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, voulant témoigner à titre corporatif leur admiration pour les travaux de M. Pasteur et leur confiance dans les progrès qui ne peuvent manquer d'être réalisés encore dans l'avenir, grâce au fonctionnement du futur *Institut*, ont ouvert parmi eux une souscription. Les cotisations sont reçues par M. Festal, économe de la salle de garde de l'Hôtel-Dieu.

Société protectrice de l'enfance. — *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. »

Question de prix pour l'année 1887 (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. »

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1886 pour la première question, et avant le 1er novembre 1887 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 connaître ; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Le Vin Durand diastasé convient d'une façon toute spéciale comme tonique et digestif aux vieillards, aux femmes et aux enfants. Il est toujours toléré par les estomacs les plus délicats.

L'établissement thermal de Balaruc, séparé de la gare et du port de Cette par le magnifique étang de Thau, sera ouvert le 1er mai. La réputation des sources chlorurées sodiques, qui l'alimentent, n'est plus à faire. Ces sources précieuses s'adressent aux affections rhumatismales et syphilitiques ; aux manifestations de la scrofule, aux blessures anciennes, et plus particulièrement aux paralysies. Les deux mots Balaruc et paralysie sont inséparables. La saison dure jusque pendant le mois d'octobre. (Voir *Études sur Balaruc-les-Bains*, par le docteur Ad. Planche, librairie Delahaye et Lecrosnier. 1886).

CHEMINS DE FER DE L'OUEST. — Fêtes de Paques (*Cavalcade de bienfaisance*). — Train de Plaisir de Paris au Havre du samedi 24 au lundi 26 avril 1886. — Aller et retour : 3e classe, 18 fr. — 2e classe, 13 fr. — Aller : Départ de Paris (Saint-Lazare), samedi 24 avrit 1886, à 9 h. 30 soir. — Retour : Départ du Havre, lundi 26 avril 1886, à 7 h. 30 soir. — Retour : Départ, du Havre, lundi 26 avril 1886, à 7 h. 50 soir.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Paul Le Gendre : La péritonite périhépatique enkystée. — II. L. Michalski : Hernie volumineuse guérie spontanément chez un adulte. — III. Bibliothèque : Dictionnaire de chimie pure et appliquée. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Nouvelle canule pour irrigations nasales. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

La péritonite périhépatique enkystée.

« Si l'étude de la péritonite générale a été portée par nos prédécesseurs à un degré de perfection qui ne sera pas dépassé, disent MM. Siredey et Danlos, dans leur article du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, les médecins contemporains ont eu le mérite d'étudier mieux que leurs devanciers les péritonites partielles. »

Parmi les péritonites partielles, la pelvipéritonite, si fréquente à titre de complication dans les maladies des organes génitaux internes de la femme, est connue et facile à diagnostiquer. Il en est tout autrement de la péritonite localisée à la partie supérieure de l'abdomen, qui n'a été étudiée avec soin que depuis peu d'années. Elle est circonscrite tantôt autour de la rate (périsplénite), tantôt au pourtour du foie (périhépatite). La périhépatite peut revêtir elle-même deux processus absolument différents. Si elle n'est qu'exsudative, elle aboutit seulement à la formation de fausses membranes plus ou moins épaisses et résistantes localisées à quelques points de la surface du foie, ou le recouvrant en entier. D'une évolution lente, mouvementée par quelques poussées aiguës, elle peut causer des accidents graves ou mortels (étranglement interne ou thrombose de la veine porte) ; elle peut produire l'atrophie simple du foie (Steibel, Poulin); le plus souvent elle n'entraîne aucun accident fâcheux.

Mais tout autre est la variété de périhépatite, qui aboutit à la formation d'un épanchement le plus souvent purulent, enkysté au-dessus du foie ou plus rarement au-dessous, dans des loges cloisonnées. Cette variété de péritonite partielle, d'une haute gravité, d'un diagnostic toujours difficile et parfois impossible, n'est pas décrite encore complètement dans nos livres classiques, et nous pensons utile d'en résumer ici les principaux caractères, d'après l'excellente monographie que vient de lui consacrer notre distingué collègue, Eug. Deschamps (1).

I

Laissant de côté l'historique qui ne prend d'intérêt qu'à partir de ces douze dernières années avec les observations et les publications d'Hilton Fagge (2), de Siredey et Danlos (3), Foix (4), Cossy (5), Chavannis (6) et M. le professeur Jaccoud (7), nous aborderons l'ÉTIOLOGIE et la PATHOGÉNIE.

Affection rare, souvent méconnue jusqu'à l'autopsie, elle a été vue dans les deux sexes, plus souvent chez l'adulte et le vieillard, quelquefois cependant chez des enfants de 6 à 12 ans; elle est presque toujours secon-

(1) De la péritonite périhépatique enkystée. Paris, 1886 ; Steinheil, éditeur.
(2) *Guy's hospital Reports*. T. XIX, p. 213; 1874.
(3) *Dict. Jaccoud*. Art. Péritonite ; 1878.
(4) Thèse de Paris; 1875.
(5) *Archiv. de médecine;* 1879, p. 526.
(6) *Ann. Soc. méd. de Saint-Étienne;* 1880-1881.
(7) *Cliniques de la Pitié;* 1883.

daire soit à des traumatismes, soit à l'extension de maladies des organes contenus dans la partie supérieure de l'abdomen (foie, estomac, intestin ou rate) ou à la propagation de l'inflammation des séreuses pleurales; elle peut dépendre aussi de la fièvre typhoïde et de la tuberculose.

Les traumatismes peuvent être très violents, chutes, coups sur l'hypochondre ou la région hypogastrique, lésant directement le péritoine, ou plutôt amenant une contusion ou une rupture viscérale à laquelle la péritonite succède; on a invoqué même comme cause un froissement lent et continu de la région du foie, comme dans un cas de Bonnemaison où il est dit que le malade avait l'habitude d'appuyer le flanc droit contre sa table de travail en faisant porter tout le poids de son corps de ce côté.

Mais les causes les plus fréquentes de périhépatite sont les affections du foie ou des voies biliaires.

L'abcès du foie se rompt dans le péritoine dans le dixième des cas; si l'épanchement purulent se fait brusquement et largement, la péritonite généralisée est inévitable, mais il est des cas où la communication entre l'abcès et la cavité séreuse s'opère lentement par un étroit orifice; des fausses membranes ont alors le temps de se former et d'enkyster la collection purulente. Il se peut aussi qu'une sorte de poche périhépatique se soit formée d'avance et que le pus de l'abcès hépatique ne s'y épanche que secondairement.

C'est à la lithiase biliaire que la périhépatite suppurée est le plus souvent attribuable. Sa pathogénie peut alors s'expliquer soit par l'inflammation et la rupture des voies biliaires sur un point de leur parcours (vésicule ou canaux excréteurs), soit par l'intermédiaire d'abcès biliaires. La cholécystite et l'angiocholite suppurées sans rupture des parois de la vésicule ou des conduits peuvent aussi causer la péritonite par propagation. On s'est demandé comment la périhépatite consécutive à la communication des voies biliaires avec le péritoine pouvait se limiter au voisinage du foie. La réponse la plus vraisemblable à cette question réside dans l'existence de deux processus analogues à ceux que nous avons signalés à propos de la rupture des abcès du foie dans le péritoine : formation préalable d'une cavité kystique par des adhérences, ou développement secondaire d'adhérences limitantes, ayant le temps de se faire si le liquide irritant ne pénètre que lentement et en petite quantité à la fois.

Les mêmes considérations sont applicables aux périhépatites consécutives à la rupture des kystes hydatiques du foie.

Les affections de l'estomac, accompagnées d'ulcération de la muqueuse, le cancer et plus fréquemment peut-être l'ulcère gastrique simple, l'ulcère du duodénum figurent dans l'étiologie de la périhépatique, par suite de la perforation de la paroi de l'organe primitivement malade ou simplement par le fait de la propagation inflammatoire au revêtement séreux.

Ajoutons à ces causes les ulcérations de l'appendice cœcal qui peuvent provoquer des collections purulentes, remontant non seulement sous le foie, mais au-dessus de lui sous le diaphragme, ce qui explique que la pleurésie droite ne soit pas rare au cours de la périty phlite.

La dysenterie peut amener la périhépatite, soit par action de voisinage, soit par l'intermédiaire des abcès du foie qu'elle engendre si fréquemment. Il faut en rapprocher la diarrhée endémique des pays chauds.

La cholécystite ulcéreuse ou purulente n'est pas très rare dans la fièvre typhoïde; outre les faits nombreux réunis dans la thèse de Hagenmuller

(1876), d'autres auteurs en ont cité, j'en ai moi-même publié une observation (Bull. de la Soc. An., 1881); une périhépatite enkystée en peut être la conséquence.

La péritonite tuberculeuse peut se localiser au voisinage immédiat du foie. Enfin, à titre exceptionnel, l'infection purulente et la puerpéralité ont été citées comme causes possibles de périhépatite suppurée circonscrite, et la pleurésie doit aussi entrer en ligne de compte, qu'il s'agisse d'épanchement purulent ou même de pleurésie aiguë simple.

II

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE nous apprend que la péritonite périhépatique peut se localiser tantôt à la face supérieure du foie, soit au-dessus du lobe droit, soit au-dessus du gauche, tantôt au-dessous de l'organe; ou bien former plusieurs foyers communiquant ensemble. Il va de soi que la tumeur sus-hépatique du lobe droit fait saillie dans l'hypochondre et celle du gauche vers l'épigastre.

Les dimensions du kyste péritonitique sont des plus variables depuis une noix jusqu'au volume des deux poings.

Ses limites sont formées par des fausses membranes plus ou moins épaisses qui l'isolent des organes voisins refoulés. La coloration, la consistance et l'aspect de ces parois néo membraneuses sont très différents suivant les cas.

Le contenu du kyste peut être séro-fibrineux; il est plus souvent purulent, primitivement ou secondairement, ou sanguinolent, bilieux ou mixte. On y a trouvé des débris alimentaires ou des matières stercorales dans les cas de communication avec le tube digestif, de grands bacilles analogues à ceux qui fourmillent dans l'intestin. Enfin des gaz peuvent y pénétrer, soit par les voies respiratoires, soit par les voies digestives suivant les communications fistuleuses qui se sont établies.

Les lésions concomitantes des organes voisins pourraient être déduites, *a priori,* de l'énumération des causes que nous avons faite plus haut. Elles peuvent porter sur le foie, l'intestin, l'estomac, la rate même.

La formation d'une fistule péritonéo-cutanée n'est pas rare comme terminaison de la périhépatite enkystée, soit que le pus gagne de proche en proche vers l'extérieur, soit qu'un abcès pariétal, s'étant constitué isolément, vienne à s'ouvrir ensuite dans le foyer périhépatique en même temps qu'à l'extérieur (Guibout, Soc. des hôp., 1864).

Le diaphragme peut avoir été refoulé, il peut être aussi éraillé, aminci, puis perforé; l'ulcération peut s'étendre jusqu'à la plèvre pulmonaire. La formation d'une fistule péritonéo-broncho-pleurale et le rejet par vomique de pus venu d'un abcès du foie n'est pas une grande rareté; j'en ai vu, en 1879, un cas à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Frémy, suppléé alors par mon maître, M. Hallopeau.

Le foyer pulmonaire peut même devenir le siège d'une gangrène plus ou moins étendue, et, si le malade est hors d'état de vous donner des renseignements sur la marche des accidents par suite de son état de faiblesse ou d'orthopnée, il est impossible d'aller au delà du diagnostic de gangrène pulmonaire. Il en a été ainsi dans un cas que j'ai observé en 1885 à l'hôpital Bichat, quand j'avais l'honneur d'être l'interne de M. Henri Huchard. L'autopsie a montré que le point de départ du sphacèle pulmonaire était un foyer périhépatique suppuré.

III

La diversité des causes de la périhépatite suppurée doit faire prévoir que sa SYMPTOMATOLOGIE est très variable et souvent des plus obscures.

Dans beaucoup de cas, il est impossible de préciser la date du début; car il se confond avec les symptômes de la maladie primitive qui a causé la péritonite. On pourra reconstruire avec plus ou moins de vraisemblance l'enchaînement des faits, et l'hypothèse d'une périhépatite suppurée une fois soulevée, un examen attentif des commémoratifs pourra fournir des arguments confirmatifs.

C'est, en tout cas, la douleur qui éveille d'ordinaire l'attention du malade. Brusque, localisée au début à l'un ou l'autre des hypochondres ou à l'épigastre, elle présente bientôt des irradiations diverses vers l'épaule correspondante à l'hypochondre malade, autour du thorax; elle a simulé dans certains cas les douleurs en ceinture ou les crises gastriques du tabes dorsal. Cette douleur, d'une intensité très variable, qui, dans sa phase d'acuité, impose à certains malades des positions capables de relâcher autant que possible les muscles de la paroi abdominale, se calme quelquefois au bout de plusieurs jours, et ce n'est guère qu'après cette accalmie que l'examen physique de la région supérieure de l'abdomen peut être pratiqué.

L'inspection peut révéler la déformation de l'abdomen par un ballonnement limité à la région supérieure avec une peau plus ou moins tendue, luisante, quelquefois sillonnée de veines plus apparentes qu'à l'état normal, rarement œdématiée. On relève une voussure variable suivant le siège de la collection purulente. Elle peut soulever en bloc la base de la paroi thoracique ou déjeter au dehors les cartilages costaux, élargir les espaces intercostaux et diminuer l'obliquité des côtes.

Par exception on a vu le ventre aplati et dur par suite de la contracture des muscles de la paroi.

Le rhythme respiratoire est modifié très profondément, surtout lorsque la collection purulente est sus-hépatique : le malade respire comme les femmes par le mode pectoral ou costal supérieur.

La mensuration peut confirmer la différence de l'ampliation entre les deux côtés du thorax et de l'abdomen.

La palpation doit être pratiquée d'une façon méthodique, si on veut en obtenir des renseignements utiles, sans imposer au malade des douleurs trop vives ; on doit commencer le palper par les régions de l'abdomen les moins sensibles en se rapprochant progressivement du voisinage du foie. On peut constater alors que sous le bord des fausses côtes se trouve un empâtement douloureux, rénitent, immédiatement sous-jacent aux parois abdominales, s'étendant plus ou moins vers l'épigastre ou l'ombilic, à bord inférieur irrégulier, arrondi, ne rappelant en rien le bord du foie. Au milieu de ce gâteau peut être perçue une fluctuation dans des limites toujours moindres que la zone empâtée. Quand la collection périhépatique est plus profonde, elle est plus difficile à percevoir ; la fluctuation échappe et on a souvent diagnostiqué en pareil cas un néoplasme du foie ou de l'estomac ; la tumeur perçue se continue toujours d'ailleurs avec le foie. Quand la collection péritonitique est sus-hépatique, le foie étant abaissé, on perçoit par la palpation le bord tranchant de cet organe au-dessous de son niveau habituel, et quelquefois une zone de fluctuation au-dessus.

La percussion est le moyen d'investigation complémentaire et indispensable. Elle révèle une matité correspondant à la zone d'empâtement ; cette matité, si le gâteau péritonitique est peu épais, peut être moins absolue que celle du foie qui se continue avec elle, et n'empêche pas qu'on puisse parfois par la percussion profonde faire consonner les anses intestinales sous-jacentes.

La collection purulente enkystée au-dessus du foie donne lieu à une matité qui peut remonter très haut, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, augmenter dans la position assise, et dont les limites supérieures décrivent une courbe à concavité inférieure, reproduisant la forme du dôme diaphragmatique contre lequel vient buter la collection sous-diaphragmatique. L'importance de la forme de cette ligne supérieure de matité est considérable au point de vue du diagnostic avec les épanchements pleurétiques, puisque ceux-ci sont limités au contraire supérieurement par une courbe à concavité supérieure.

L'auscultation est surtout utile en fournissant des signes négatifs, tels que l'absence de murmure respiratoire à la base du poumon droit. Quand il y a communication des bronches avec l'abcès périhépatique, des signes spéciaux peuvent exister, sur lesquels nous reviendrons plus loin. On a entendu très exceptionnellement des frottements péritonéaux sur la limite de la collection enkystée.

La fièvre est modérée, 38° à 39° en général, et irrégulière, n'apparaissant quelquefois qu'à la fin de la journée ou s'exaspérant à ce moment, s'accompagnant souvent de frissons et de sueurs, comme toutes les fièvres de résorption. L'ictère peut exister si les complications hépatiques sont de nature à le déterminer. L'état général peut être assez bon pendant longtemps, tandis que d'autres malades s'amaigrissent et se cachectisent. On comprend que cet ordre de symptômes est absolument contingent. Les troubles digestifs sont de règle et souvent très précoces, mais ne sont pas liés particulièrement à la périhépatite.

Il faut à côté de la forme que nous venons de décrire accorder une place à un tableau clinique aussi dramatique que celui de l'obstruction intestinale subite : douleur atroce et subite, vomissements, constipation absolue ou tenace, explicable tantôt par la compression ou la contriction d'une anse intestinale, tantôt par simple paralysie intestinale ; d'autres fois, au contraire, diarrhée abondante, bilieuse, fétide ou purulente ; urines rares ; pouls petit, fréquent et irrégulier : respiration accélérée et embarrassée ; refoulement de la pointe du cœur et retentissement métallique de ses bruits jusque dans l'hypochondre droit. De tels cas se terminent souvent par une mort prompte.

IV

Les TERMINAISONS de la périhépatite suppurative sont de plusieurs sortes. Le plus souvent, après un temps variable de malaises, de douleurs, de troubles digestifs, d'amaigrissement, le foyer vient à communiquer avec un des organes voisins et le tableau clinique se modifie alors de façon différente, suivant que la communication s'est établie avec la plèvre, le poumon et les bronches, ou le tube digestif.

La pénétration des gaz dans l'abcès périhépatique peut donner lieu à tous les signes de l'hydropneumothorax ; c'est le *faux pneumothorax*, à la description duquel M. Jaccoud a consacré de bonnes pages dans ses cli-

niques de la Pitié, état que Leyden appelle *pyopneumothorax sous-phrénique*. On conçoit que la confusion entre le faux pneumothorax et le vrai soit facile, quand on songe que l'on peut observer matité en bas du poumon droit, sonorité exagérée au-dessus, absence de vibrations vocales, respiration et toux amphorique, tintement métallique, et, même, bien que plus rarement, bruit de flot par succussion hippocratique.

Pour éviter l'erreur, M. Jaccoud recommande, d'après Leyden et Pfuhl, de tenir compte : — des anamnestiques (douleurs abdominales, antécédents intestinaux ou péritonitiques dans le cas de pyopneumothorax sous-phrénique), — du refoulement du cœur à gauche et en haut que pourrait produire seul un pneumothorax vrai total (or l'existence de bruits pulmonaires dans une étendue plus ou moins grande au-dessous de la clavicule ne pourrait être compatible qu'avec un pneumothorax partiel), — de l'intégrité du poumon opposé, bien exceptionnelle en cas de pneumothorax.

Enfin, si l'on pratique la ponction, on peut constater, d'après Pfuhl, le signe différentiel suivant. Comme le liquide que l'on évacue est sous le diaphragme, l'influence des mouvements respiratoires est inverse de celle qui serait exercée sur un liquide contenu dans la plèvre, au-dessus du diaphragme. La colonne d'un manomètre adapté à l'appareil Potain monte dans l'inspiration et baisse dans l'expiration, quand on évacue une collection sous-diaphragmatique. Le contraire a lieu en cas d'évacuation d'un épanchement pleural. Et, même sans manomètre, on peut, comme l'a montré Jaffé, considérer simplement les variations de la rapidité avec laquelle le liquide s'écoule : l'écoulement est-il plus rapide pendant l'inspiration, le pus est au-dessous du diaphragme; il est au-dessus dans le cas contraire.

La mort a toujours été la conséquence du pneumothorax sous phrénique, mais la formation d'une fistule péritonéo-bronchique à la suite d'une vomique péritonéo-pleurale a été quelquefois suivie de guérison.

L'ouverture de la collection périhépatique dans les voies digestives est beaucoup plus favorable. La formation de fistules cutanées peut aboutir à la guérison même après un temps fort long.

Quand la mort survient à la suite de périhépatite suppurée, c'est par l'un des mécanismes suivants : cachexie progressive, ou complications intercurrentes (pneumonie, gangrène pulmonaire, péritonite généralisée). Mais le pronostic n'est pas toujours aussi fâcheux : un abcès périhépatique de faible dimension peut être parfaitement compatible avec la vie et guérir; d'ailleurs, la suppuration n'est pas fatale, et la périhépatite a pu rester séro-adhésive, ce qui permet une guérison en quelques semaines.

Le TRAITEMENT, tant qu'il n'y a *pas de tumeur* apparente, est celui de la péritonite générale : onctions mercurielles, vessie de glace ou sangsues, etc.

S'il existe une *tumeur* délimitée et accessible, le médecin ne doit pas hésiter à requérir le concours du chirurgien, et il ne nous appartient pas de discuter le meilleur mode d'intervention.

S'il s'est fait une *fistule* cutanée, on doit, tant qu'elle est récente, s'abstenir de toute exploration. En cas de fistule déjà ancienne, Mossé conseille de la respecter tant qu'elle n'entraîne pas de phénomènes sérieux; mais, si la suppuration menace de conduire le malade à l'hecticité, et « si l'exploration faite par le stylet avec toute la prudence exigée a permis de sentir des calculs, on est alors autorisé à dilater les trajets et à extraire les

calculs. » Deschamps cite plusieurs exemples où cette intervention a été promptement suivie de guérison.

L'ouverture du foyer hépatique dans le poumon ou dans le tube digestif, fournit l'indication générale de maintenir et de favoriser autant que possible l'écoulement du pus. De là, dans chaque cas particulier, une discussion à faire des meilleurs moyens à choisir pour obtenir ce résultat, et il faut bien se convaincre que de hardies interventions chirurgicales seront souvent les seules chances de salut à offrir au malade. A l'appui de cette manière de voir, on ne peut mieux faire que de citer un cas de périhépatite avec ouverture dans les bronches, que M. Rendu a guéri en ouvrant au pus une large voie d'écoulement et en drainant le foyer hépatique.

P. Le Gendre.

CORRESPONDANCE

Hernie volumineuse guérie spontanément chez un adulte.

Charny (Yonne), 7 avril 1886.

Monsieur le rédacteur,

En lisant dans l'*Union* les « Tribulations d'un médecin », à propos d'un certificat donné pour un cas de hernie et présenté au conseil de revision, il me revient à la mémoire un fait que je retrouve dans mes notes et qui me paraît présenter quelque intérêt.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier 1875, j'étais appelé auprès d'un jeune homme qui venait, me dit-on, d'attraper un effort en dansant. Je constatai, en effet, une hernie inguinale gauche assez volumineuse pour avoir envahi la moitié du scrotum. Une première séance de taxis ne me permit pas de réduire entièrement la hernie. Je ne fus pas plus heureux le lendemain matin. La réduction complète ne fut obtenue qu'à une troisième séance de taxis pratiquée dans la soirée du 2 janvier. A part cette difficulté de réduction, la hernie ne présenta rien d'insolite, et mon malade en fut quitte pour porter un bandage. Trente mois après l'accident, le nommé Of.... venait me demander un certificat pour le conseil de revision. Je considérais ce certificat comme inutile ; je le fis pourtant, en mentionnant qu'à l'époque indiquée plus haut j'avais donné mes soins pour une hernie volumineuse, sans parler de l'état actuel, que j'eus, à la vérité, le tort de ne pas vérifier, tant j'étais loin alors de supposer une guérison complète.

Au conseil de revision, la hernie ne put être constatée. A son grand étonnement et au mien, Of.... fut déclaré bon pour le service militaire. Considérant dès lors la précaution du bandage comme inutile, nourrissant peut-être le secret désir de voir reparaître une infirmité qui l'empêcherait d'être soldat, Of.... quitta son bandage. Parti à l'armée, il y fit son temps de service réglementaire, et depuis dix ans la hernie n'a jamais reparu.

Je frémis à l'idée des ennuis qu'aurait pu me causer mon certificat, s'il avait été soupçonné d'être faux. J'étais pourtant bien innocent ; dame nature était seule coupable d'avoir guéri une hernie assez volumineuse chez un adulte. Si rares que soient ces cas de guérison, il importe de les signaler à l'attention de tous, et des médecins légistes en particulier.

Dr L. Michalski,
Médecin de la Compagnie P.-L.-M.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, par Ad. Wurtz. — Supplément, 10e fascicule.

Le supplément, qui complète d'une manière si utile la grande et belle œuvre de Wurtz, approche de sa terminaison; ce dixième fascicule, en effet, arrive, à peu de chose

près, à la fin de la lettre T. Il donne la dernière partie de l'article Soude écrit au point de vue de l'*industrie*, et qui présente des dessins remarquables de netteté et de précision : l'*appareil Solvay* pour la torréfaction du bicarbonate de soude, l'*appareil à colonne de Solvay* pour la régénération de l'ammoniaque, le *four Mac-Tear* pour la fabrication du sulfate de soude. De nombreux procédés, en vue de résultats divers, sont décrits avec soin dans cet article, où nous devons signaler en particulier la *fabrication de la soude caustique*, produit qui tend à prendre une importance de plus en plus grande.

A l'article Soufre, l'auteur, entre autres renseignements précieux, rappelant la nécessité où l'on est d'employer dans les recherches médico-légales de l'acide sulfhydrique exempt d'arsenic, indique les moyens de préparer l'hydrogène sulfuré de manière à le priver de toute trace d'arsenic, et de le rendre ainsi propre aux expertises les plus délicates.

On lira avec intérêt les additions faites aux articles Strychnine, Acide sulfurique, Acides tartriques, Térébenthènes, Toluène, etc., du Dictionnaire.

Deux articles surtout attirent l'attention, ce sont les articles Sucre (industrie) et *thermochimie*. Dans le premier, on trouve des renseignements sur la saccharogénie, l'importance des feuilles de la betterave, la culture de ce végétal si utile, le choix des graines, l'extraction du jus par expression, par diffusion et les rapports du mode d'extraction avec l'impôt, le traitement des jus sucrés, etc. Ce savant article est d'un haut intérêt au point de vue industriel. Au mot Thermochimie, l'auteur a exposé les résultats des modifications récentes apportées aux méthodes calorimétriques en vue de la détermination de dégagements de chaleur difficilement mesurables par les procédés anciens. Par exemple, une correction d'une grande importance à été faite par M. Berthelot au nombre exprimant la chaleur de formation de l'ammoniaque (AZ, H^3), qui est descendu de $+ 26^c, 7$ à $+ 12^c, 2$. De là, bien des recherches.

D'après le peu de mots qui précèdent, on peut juger de l'utilité et de l'importance du fascicule dont nous faisons connaître la publication. — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 avril 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Stanislas Meunier adresse une note sur la théorie des tremblements de terre : Le noyau central de la planète, en se refroidissant, diminue de volume et revient sur lui-même. Ce retrait détermine dans l'écorce consolidée d'énormes fissures par lesquelles s'ébranlent, dans les profondeurs, des quartiers de roches de toutes dimensions. Sous l'influence des hautes températures centrales, l'humidité dont les roches sont imprégnées se vaporise brusquement, et la pression incalculable qui résulte du dégagement instantané de la vapeur d'eau cause les tremblements de terre et, dans certains cas, donne lieu à l'éruption des volcans.

MM. Duguet et Héricourt considèrent le champignon du pityriasis versicolor (le microsporon furfur) comme un premier stade de l'évolution du bacille tuberculeux. L'inoculation de ce champignon au lapin amène infailliblement l'explosion de la tuberculose. « Il y a, dit M. Vulpian, un intérêt de premier ordre dans ces expériences, mais elles demandent à être répétées et vérifiées avec un soin extrême. La transformation d'un champignon en bacille paraît, à première vue, tout à fait invraisemblable; c'est comme si l'on parlait du changement d'un chat en poisson. Il importe donc de se mettre en garde contre toutes les chances d'erreur, et elles sont nombreuses. Mais la qualité des observateurs impose de ne pas rejeter les expériences *à priori*. Il faut, au contraire, les examiner de près et s'efforcer de les recommencer. »

M. Feltz adresse un *Essai expérimental sur le pouvoir toxique des urines fébriles* : « J'ai démontré avec mon savant et regretté collègue Ritter, dans un travail qui a eu les

honneurs du prix Godard, en 1884, à l'Académie de médecine, que les urines humaines normales, fraîches, bien filtrées, chauffées à 33° de température et de 1018 à 1020 de densité, deviennent toxiques pour les chiens, lorsque l'on en injecte dans le sang veineux de ces animaux une quantité équivalente au volume d'urine qu'ils sécrètent en trois fois vingt-quatre heures environ; le poids de cette quantité oscille sensiblement autour du quinzième du poids de l'animal. Les accidents ainsi provoqués sont identiques à ceux dits *urémiques* ou *urinémiques*, que l'on détermine chez les chiens lorsqu'on tarit, par un procédé quelconque, la sécrétion urinaire.

« Nous nous sommes, Ritter et moi, arrêtés, d'après les résultats consignés dans notre Mémoire de 1881, à penser que la toxicité des urines normales croissait avec leur densité et que l'agent toxique principal des urines normales résidait bien plus dans les matières inorganiques que dans les matières organiques, notamment dans les sels potassiques.

« J'ai fait dans ces derniers temps, avec mon chef de laboratoire, M. P. Ehrmann, une nouvelle série d'expériences ayant pour objet l'étude de l'action de certaines urines humaines pathologiques. Nous nous sommes d'abord occupés des urines fébriles que nous avons recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté de médecine de Nancy; c'est ainsi que nous avons essayé successivement divers spécimens d'urines, venant de malades atteints de fièvre typhoïde, de scarlatine, de tuberculose aiguë, de pneumonie et de rhumatisme articulaire aigu. Nous n'avons rien changé, en dehors du facteur urines, dans notre manuel opératoire, pour ces nouvelles recherches. Quatorze essais faits dans ces conditions nous ont donné des résultats que nous croyons dignes d'être signalés.

« Les accidents dits urémiques, depuis les premiers efforts d'élimination, suivis ou non d'effets, jusqu'aux phénomènes nerveux convulsifs, toniques ou cloniques, conduisant toujours au coma et presque toujours à la mort, se montrent beaucoup plus vite que lorsque l'on emploie des urines normales. Chez nos quatorze chiens, nous les avons vus survenir avec des doses d'urine bien inférieures à celles qui eussent été nécessaires, si nous avions opéré avec des urines normales. Nos calculs nous démontrent, en effet, que pour les urines pathologiques provenant d'affections franchement fébriles, les doses d'intoxication sont de deux tiers ou de moitié inférieures aux doses d'intoxication des urines normales; les poids des quantités d'urines fébriles nécessaires pour amener les accidents urémiques sont donc équivalents au trentième ou au quarante-cinquième du poids de l'animal et correspondent au volume des urines sécrétées par les chiens en vingt-quatre heures au minimum, ou en quarante-huit heures au maximum. Le pouvoir toxique des urines normales étant représenté par 1, celui des urines fébriles le serait par 2 ou 3.

« Un autre point à faire ressortir dans nos nouvelles expériences, c'est que le pouvoir toxique des urines fébriles est loin d'obéir à la loi de proportionnalité des densités. Nous avons, en effet, constaté que des urines fébriles de 1007 de densité ont été aussi toxiques que des urines fébriles de 1024 de densité : ce fait s'est notamment présenté pour les urines des typhiques et des rhumatisants. Il y a donc, dans les urines pathologiques fébriles, des agents de toxicité qui ne se trouvent pas dans les urines normales ou qui ne sont représentés dans ces dernières que par des quantités relativement très faibles. Ce sont ces agents que nous aurons à rechercher à partir de ce moment. »

M. LE PRÉSIDENT annonce que, la loi du 8 mars 1886 ayant édicté que le lundi de Pâques et le lundi de la Pentecôte sont des jours fériés, l'Académie tiendra séance le 27 de ce mois, et non le 26.

M. GAUDRY met sous les yeux de l'Académie des spécimens d'animaux fossiles appartenant aux terrains primitifs.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Bouley.

Par l'organe de son doyen, M. BOUSSINGAULT, la section présentait la liste suivante de candidats : En première ligne, M. Chauveau; en deuxième ligne, *ex æquo*, M. Arloing, M. Baillet et M. Saint-Cyr.

Sur 50 votants, M. Chauveau ayant obtenu 47 suffrages, M. Arloing, 2, et M. Colin, 1, M. Chauveau est élu.

M. Prilleux, candidat à la place vacante dans la section de botanique, par suite du décès de M. Tulasne, donne lecture d'une note sur les maladies des pêchers, dues à la présence de bactéries, et il se demande si ces microbes ne sont pas cause de la dégénérescence gommeuse.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Nouvelle canule pour irrigations nasales.

M. le docteur Moure vient de présenter récemment à la Société de médecine de Bordeaux la canule dont il se sert pour pratiquer les irrigations nasales (douche de Weber). Cette canule, coudée à angle droit, a l'avantage de forcer en quelque sorte le malade à être adroit malgré lui, et à diriger comme il convient le liquide dans les cavités du nez.

Fig. 1.

1° Extrémité de la canule s'adaptant sur l'embout du tuyau de l'irrigateur ou du siphon. — 2° Extrémité nasale percée d'un trou et destinée à être introduite dans l'une des narines. — 3° Portion coudée de la canule légèrement renflée pour bien fermer l'orifice de la narine dans laquelle elle est introduite.

La plupart des personnes usant de la douche de Weber, persuadées que les fosses nasales se dirigent en haut, vers le cerveau, se servant d'embouts plus ou moins olivaires, envoient le liquide médicamenteux vers leurs sinus frontaux ou la lame criblée de l'ethmoïde. Il résulte de cette manière de faire, que l'injection occasionne des maux de tête et même des névralgies qui obligent bien souvent le médecin à renoncer à l'emploi d'un moyen thérapeutique si précieux dans bien des cas.

Pour éviter ces inconvénients, et surtout pour ne pas être obligé de donner des explications anatomiques qui risqueraient d'être mal comprises ou mal interprétées, il suffit de recommander au malade de tenir le manche de la canule en bas vers le menton *éloigné d'environ 4 ou 5 centimètres* de ce dernier. L'ouverture, dont est percée la canule, regarde alors directement en arrière, vers le pharynx nasal, et le liquide injecté se trouve ainsi forcé de suivre le plancher des fosses nasales.

Pour bien pratiquer la douche de Weber, on recommande ensuite au malade de pencher assez fortement la tête en avant et d'ouvrir largement la bouche pour éviter que le liquide ne tombe dans cette cavité.

Comme d'habitude, on emploiera toujours une solution médicamenteuse tiède et appropriée à l'état du malade.

Fig. 2.

La figure 2 représente une canule pour injections auriculaires. La partie renflée empêche l'introduction trop profonde dans le conduit, et cet embout olivaire est muni de rainures pour permettre la sortie du liquide injecté.

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE LE DELIRIUM TREMENS. — Dujardin-Beaumetz.

Pour combattre les accès de delirium tremens, l'auteur, à l'exemple du docteur Luton, pratique une injection sous-cutanée contenant 5 milligrammes de sulfate de strychnine. Il la renouvelle cinq heures plus tard. Quelquefois même, si les accidents persistent, il fait une troisième injection, avant la fin des vingt-quatre heures. — Il existe, en effet, un antagonisme réel entre l'empoisonnement par l'alcool et l'empoisonnement par la strychnine et réciproquement. Seulement la strychnine ne s'oppose pas aux altérations graves des différents viscères, dont l'ensemble constitue le fait capital de l'empoisonnement par l'alcool. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des FÊTES DE PAQUES, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 27 avril.

— L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu le dimanche 2 mai, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

1° Rapport de la Commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du Président de l'Association ;

2° Installation et allocution du Président nouvellement élu ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du Conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général.

6° Première partie du rapport de M. Horteloup, sur les pensions viagères à accorder en 1886 ;

7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœux de M. Langlet, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885) ;

8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un ordre de médecins (vœux de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885).

A 7 heures, le banquet offert aux Présidents et Délégués des Sociétés locales, à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione.

Les médecins qui désirent prendre part au banquet peuvent souscrire directement, ou par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23. — Prix de la souscription, 20 francs.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE. — Les séances du IV° congrès de la Société française d'ophtalmologie auront lieu dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, les mardi 27 avril et jours suivants, à neuf heures du matin.

LISTE DES COMMUNICATIONS

Dianoux, à Nantes : 1° Traitement de l'ophtalmie sympathique; 2° Sur le ptosis congénital. — Badal, à Bordeaux : 1° L'arrachement du nerf nasal externe, substitué dans certains cas, à l'énucléation de l'œil ; 2° Les manifestations oculaires de la syphilis. — Landolt, à Paris : Démonstration d'un procédé de ténotomie dans l'insuffisance musculaire. — Boucheron, à Paris : Sur la nature du chalazion. — L. de Wecker, à Paris : Injections et pansements à l'ésérine. — Javal, à Paris : La théorie de la vision binoculaire élucidée par un cas de strabisme avec vision triple. — Dufour, à Lausanne : Sur la cataracte hémorrhagique. — Georges Martin, à Bordeaux : Etude d'ophtalmométrie clinique. — Ch. Abadie, à Paris : Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure

en thérapeutique oculaire. — Darier, à Paris : Sur un nouveau mode de traitemente de la conjonctivite granuleuse. — Coursserant, à Paris : 1° Sur un cas remarquable de sclérite rhumatismale double (avec présentation de malade); 2° A propos du jéquirity. — Parinaud, à Paris : La paralysie de la convergence. — Tscherning, à Paris : Quelques conséquences de la loi de Listing. — Armaignac, à Bordeaux : 1° Observations de nœvi multiples de l'œil et des parties voisines; 2° Présentation d'un nouveau galvano-cautère simplifié et économique. — Poncet, à Paris : 1° Recherches histologiques sur le staphylome antérieur; 2° Sur les granulations de la cornée (en collaboration avec le Dr Dehenne); 3° Bactériologie du chalazion. — Gillet de Grandmont, à Paris : 1° Des manifestations syphilitiques oculaires. De leur traitement. 2° Observation de strasbime par trouble de la faculté de fusionner. — Prouff, à Limoges : Efficacité curative de la péritomie partielle faite en face des ulcères ou abcès graves périphériques de la cornée. — Trousseau, à Paris : La conjonctivite chrysophanique. — Hubert, à Paris : Des taches de la cornée, de leur traitement. — Fieuzal, à Paris : De la cautérisation avec le jus de citron dans la conjonctivite pseudo-membraneuse : observations de conjonctivite pseudo-membraneuse; et de conjonctivite diphthérétique. — Dehenne, à Paris : Des rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires et de leur traitement. — Chibret, à Clermont-Ferrand : 1° Les collyres permanents; 2° Lois des déformations astimagtiques consécutives à l'opération de la cataracte; conséquences pratiques. — Debierre à Paris : Un cas d'anomalie congénitale de l'œil. — Wacher, à Orléans : Du traitement de la sclérose cornéenne et de l'épiscléritis par les cautérisations ignées circulaires. — Redard, à Paris : Rapports entre les affections dentaires et certains troubles oculaires. — Motais, à Angers : Observations anatomiques et physiologiques sur la strabotomie. — Haensell, à Paris : Sarcome de la région ciliaire. — Galezowski, à Paris : 1° Sur les plaies cornéennes dans l'extraction de la cataracte; 2° Sur la sclérotomie. — Teillais, à Nantes : 1° Amblyopie par intoxication paludéenne; 2° De quelques hémorrhagies oculaires pendant la grossesse. — Critchett, à Londres : Quelques observations pratiques sur l'extraction de la cataracte. — Dransart, à Somain : Du décollement de la rétine. — Masselon, à Paris : Du glaucome. — Meyer, à Paris : Des hémianopsies progressives.

Présentations d'instruments. — Chibret : 1° Phare ophtalmologique du colonel Mangin et du docteur Chibret; 2° Chromatophotopmètre de Colardeau, Izam et docteur Chibret. — Armaignac : Présentation d'un nouveau galvano-cautère simplifié et économique. — Juler, de Londres : Deux lampes électriques adaptées à l'ophtalmoscope. — Motais : Présentation d'un nouveau pince-nez pour astigmatisme.

Hopital de Lourcine. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le mercredi 5 mai, à neuf heures, et le continuera tous les mercredis et samedis à la même heure.

Objet du cours et ordre des travaux : Le mercredi, Thérapeutique de la métrite. — Le samedi, Thérapeutique de la syphilis. — Visites et examens des malades, tous les jours à neuf heures.

Nota. — Pour assister à ce cours, MM. les étudiants en médecine recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

Les peptones de viande du docteur Kochs, spécialement préparées pour les usages pharmaceutiques par MM. Adrian et Cie, ont rapidement conquis la faveur des médecins. Exemptes de gélatine, ces peptones renferment, outre les matières albuminoïdes, tous les sels de soude et de chaux chlorurés et phosphatés de la viande de bœuf; ce qui leur donne une sapidité agréable en même temps que les éléments réparateurs les plus indispensables. Expérimentées dans les hôpitaux de Paris (la Pitié, Necker, Hôtel-Dieu, Tournelles), elles ont obtenu, à l'Exposition universelle d'Anvers, le seul diplôme d'honneur accordé pour les peptones et extraits de viande. (Adrian et Cie, rue de la Perle, 11, et dans toutes les pharmacies.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Bulletin : Le projet sur la création d'un ordre des médecins devant l'Association générale. — II. Intérêts professionnels : Le secret médical dans les documents de statistique administrative et devant l'Association générale des médecins de France. — III. L'Epidémie cholérique de 1886. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

LE PROJET SUR LA CRÉATION D'UN ORDRE DES MÉDECINS DEVANT L'ASSOCIATION GÉNÉRALE.

L'Association, comme on le sait, a mis à l'étude les vœux qui lui ont été adressés sur la création d'un Ordre des médecins. Elle soumettra, le 3 mai prochain, au libre suffrage des délégués, les importantes conclusions de sa commission d'étude, qui avait pour membres MM. Bucquoy, Dufay, Gallard, de Ranse et Vannesson.

Ces conclusions sont formelles; dans son rapport, M. de Ranse déclare qu'il n'y a pas lieu de créer un Ordre des médecins, car le principe de l'Association, bien compris et soutenu par une active propagande, suffit, avec la loi sur l'exercice de la médecine, pour élever le niveau moral et défendre les intérêts de la profession.

Je ne rappellerai pas les dispositions de ces projets : l'un a été publié dans l'*Union médicale* il y a deux ans; l'autre se trouve dans l'Annuaire de l'Association. Leur économie consiste à créer des chambres disciplinaires, les unes, du premier degré, au chef-lieu du département, les autres, du second degré, sous le nom de Tribunal supérieur, pour M. Mougeot, et de Conseil général pour M. Surmay. Les chambres médicales départementales auraient autorité pour investir les praticiens, surveiller l'exercice de la médecine, réprimander et mettre à l'amende. La juridiction supérieure infligerait, au besoin, la peine de la suspension et de la radiation.

Parmi les Sociétés qui ont étudié la question, quatorze l'acceptent en principe ou en totalité; dix-huit la repoussent. Les avocats de cette institution espèrent obtenir l'établissement d'une corporation quelque peu analogue à l'ancienne Faculté et assez puissante pour défendre les intérêts moraux de la profession. Ils veulent encore obtenir la création d'une autorité répressive des abus professionnels et des attentats à la déontologie médicale.

A ces intentions excellentes en principe, mais qui paraissent peu praticables dans la société française actuelle, les dix-huit Sociétés hostiles au projet opposent des raisons qui ont aussi leur valeur. Il leur semble inopportun et suranné de restaurer le vieil édifice des corporations; ce serait un anachronisme et, de plus, un désaveu des institutions médicales modernes qui sont l'œuvre de la libre initiative des médecins. Ce serait encore porter atteinte à l'indépendance du médecin, qui est son bien et souvent l'unique bien qu'il possède. Ce serait établir une analogie tout artificielle entre notre profession et les autres carrières libérales; ce serait aussi introduire la politique dans nos affaires.

Ne serait-ce pas encore, au début de cette organisation nouvelle, admettre en bloc légalement tous les diplômés, honnêtes ou non, dans le cadre médical? Le triage ne deviendrait possible qu'à une époque plus tardive,

après cette sorte de réhabilitation accordée par nécessité aux charlatans de toute lignée et de toute livrée.

La majorité des Sociétés locales et le Conseil général de l'Association proposent d'abandonner les projets Surmay et Mougeot, et, sans nul doute, l'Assemblée générale du 3 mai ratifiera les conclusions du rapport de M. de Ranse. Faut-il regretter cette solution? A mon avis, ce serait trop oublier le rôle que peuvent et doivent jouer les Sociétés locales et les Sociétés médicales d'arrondissement. Je pourrais citer une Société parisienne où l'honorabilité médicale a été fort bien défendue contre des confrères qui se livraient à des abus de confiance professionnelle; et cela sans tribunaux, sans chambre de discipline, mais par la fermeté seule d'un conseil de famille. L'un prêtait son diplôme aux spéculations d'un pharmacien qui avait ouvert un dispensaire; l'autre abusait de la similitude de son nom avec celui d'un honorable professeur de la Faculté, et adressait des prospectus aux malades et aux médecins demandant cyniquement à nos confrères de province de l'appeler en consultation? Ce que cette Société d'arrondissement sut faire, toute autre Société locale peut le répéter sans attendre la promulgation de lois spéciales et une répression fort problématique.

Par cela même qu'elle doit être, comme on l'a dit, une œuvre de prophylaxie, la défense de l'honorabilité médicale appartient aux associations. Qu'elles multiplient, par la propagande et par l'exemple, le nombre de leurs adhérents, qu'elles manient plus vigoureusement les armes dont elles disposent, et elles grouperont sous leur bannière le plus grand nombre des médecins pour les protéger contre les défaillances engendrées par la misère, pour les mettre en garde contre les fallacieuses promesses des uns ou les généreuses illusions des autres.

Le libéralisme de MM. Surmay et Mougeot m'en est un sûr garant: ils accepteront mes critiques sans partager mes raisons, étant de ceux qui ne redoutent pas la sincérité des opinion adverses. *Amicus Plato, sed magis amica veritas.* Tout en remerciant nos confrères de leur initiative, j'estime qu'il est prudent de s'en tenir aux conclusions de la Commission d'étude et de les ratifier, parce qu'à l'heure actuelle elles constituent la seule solution pratique de cette grave question.

Ch. ELOY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECRET MÉDICAL DANS LES DOCUMENTS DE STATISTIQUE ADMINISTRATIVE ET DEVANT L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

C'est l'écho lointain d'un procès retentissant que le rapport sur le vœu adressé à l'Association générale par la Société des médecins de la Marne. Nos confrères champenois demandaient à être fixés sur « les rapports des médecins avec les administrations « municipales et départementales, en ce qui concerne les déclarations des causes de « décès, » c'est-à-dire à savoir si les « communications faites à cette occasion peuvent « être considerées comme des violations du secret médical. »

Pour donner satisfaction à leur vœu et à leurs scrupules, une commission constituée de MM. Boutin, Le Roy de Méricourt, Martineau, Morillot et Passant vient d'adopter un rapport dont la *France médicale* a obtenu communication dans la personne de notre distingué confrère M. Chevallereau. M. Passant et ses honorables collègues y déclarent que le médecin peut remplir en sécurité les imprimés administratifs des statistiques municipales et pensent qu'il échappera aux pénalités légales.

Notre confrère donne ainsi réponse aux médecins qui exercent là où il existe un bureau d'hygiène ou de statistique municipale. Cependant l'article 378 est formel et, si jusque dans ces derniers temps on admettait que la violation du secret était délictueuse dans les cas seulement où la révélation est motivée par l'intention de nuire, aujourd'hu il en est tout autrement.

Par l'arrêt du 19 décembre, dans le procès de M. Watelet, la Cour de cassation a mis *l'intention* hors de discussion et s'en est tenue au *fait*. Dès lors, toute révélation, quel que soit le motif du révélateur, devient punissable et tombe sous le coup de l'article 378. M. Passant et ses collègues supposent donc que les parquets seront plus tolérants e ne condamneront pas les médecins qui se contentent de remplir les imprimés du bureau de la statistique municipale parisienne. Ils ont donc bonne opinion de la bienveillance des tribunaux à l'égard du corps médical ; rien de mieux, mais aussi rien de moins certain.

Dans les petites localités, les dangers d'une révélation sont plus redoutables encore. M. Passant propose donc d'enfermer le bulletin statistique dans une enveloppe cachetée et de la transmettre au président du conseil d'hygiène, qui seul aura qualité pour prendre connaissance des indications fournies par le médecin traitant. Il serait aisé, de la sorte, de prévenir les indiscrétions ; mais il serait plus sûr encore, ce me semble, de confier aux Sociétés médicales d'arrondissement ou de département le dépouillement de ces dossiers et la formation des statistiques. On serait mieux assuré de l'observation du secret professionnel qu'en s'adressant aux conseils d'hygiène dont tous les membres ne sont pas médecins, et par conséquent échappent à l'article 378.

Une faible subvention suffirait pour assurer la publication des documents ainsi établis et dont la valeur serait égale, sinon supérieure, aux relevés sommaires des administrations locales. Une telle organisation trouverait son application dans chacun des arrondissements de Paris ; elle aurait aussi pour effet de soulager le bureau municipal et pour avantage de rendre plus exacts les renseignements que son chef estimé demande à chacun de nous, sans toujours les obtenir. On éviterait enfin des indiscrétions inévitables avec un personnel étranger à notre profession.

D'ici à l'époque de ces réformes, on comprend, — qu'on les partage ou non, — les hésitations de nos confrères, leurs scrupules et même leur silence vis-à-vis des demandes administratives. Pour l'honneur et dans l'intérêt professionnel, l'article 378 est sévère, mais juste ; car, de l'avis autorisé de M. Vanesson, conseil judiciaire de l'Association générale, la parole du médecin peut être d'argent, mais son silence est d'or.

Ch. E.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

L'explosion cholérique actuelle aura, entre autres conséquences, celle de faire mettre à l'essai quelques-unes des propositions de la Conférence sanitaire internationale de Rome de 1883.

En effet, le gouvernement italien a prescrit une quarantaine d'observation, pour les navires suspects, dans les ports d'Augusta (golfe des Orangers), de Tarente, de Gaëte et de San Stefano. La quarantaine de rigueur doit être purgée pendant vingt et un jours à Asinara.

De plus, tout navire doit, avant le débarquement, et au moment de l'atterrissage, subir la visite médicale de son équipage et de ses passagers. Enfin, disposition de réelle utilité, si elle était sévèrement observée, chaque bâtiment caboteur devrait embarquer un médecin à bord, sous la responsabilité duquel les autorités des ports d'arrivée obtiendront les renseignements sur l'état sanitaire pendant la traversée. Elles pourront de la sorte admettre ou refuser le navire à la libre pratique, et abréger ou augmenter les délais quarantenaires.

Au reste, bien que l'épidémie se soit étendue au littoral de Brindisi, de la Vénétie et de la Marche d'Ancône, la morbidité est relativement peu considérable. Par contre, le rapport de la mortalité à la morbidité reste toujours élevé.

Du 18 au 26 avril, les documents officiels, très sommaires d'ailleurs, signalent 41 cas et 30 decès à Brindisi ; d'autres cas suivis de mort à Latiano, Erchie, Oria, Ostumi et Messagné ; d'autres cas encore à Venise et à Chioggy. Dans la province de Lecce, le nombre des localités contaminées s'élève à 15.

Enfin, le 22 avril, on a observé dans une autre partie de l'Europe, à Vienne, en Autriche, des décès suspects. Les renseignements font défaut sur l'origine de ces cas qui se manifestent à distance du foyer cholérique italien.

Depuis le 19 avril, le gouvernement français impose vingt-quatre heures de quarantaine aux navires venant du littoral italien de la mer Adriatique, depuis le cap Sainte-Marie-de-Luna jusqu'à la frontière autrichienne. Ces mesures d'opportunité suffiront-elles, à cause de leur douceur, pour donner satisfaction à l'opinion publique et pour répondre aux recommandations du Comité consultatif d'hygiène publique? — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1886. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Ranvier dans la section d'anatomie pathologique.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Ranvier prend place parmi ses nouveaux collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Ossian Bonnet (de Rio-Janeiro) pour le titre de membre correspondant ;

2° Une note de M. le docteur Sandras, intitulée : *Comment on peut tendre et détendre les cordes vocales.* (Comm. : M. Gariel.)

M. Proust présente, au nom de M. le docteur Cazalis (d'Aix-les-Bains), une *Note sur l'hémi-rhumatisme, ou sur la prédominance hémi-latérale du rhumatisme chronique simple.*

Dans cette note, accompagnée d'observations, M. le docteur Cazalis appelle l'attention sur une modalité du rhumatisme chronique observée fréquemment et par lui et par d'autres que lui, ainsi que par son distingué confrère M. Demeaux, modalité qu'il n'aurait trouvée décrite dans aucun de nos traités classiques.

I. — Dans les deux tiers environ des rhumatismes chroniques, et M. Cazalis parle surtout ici du rhumatisme chronique simple, il existe, et dans certains cas pendant très longtemps, une tendance des manifestations arthritiques, externes ou internes, à prédominer d'un côté du corps, et quelquefois cette prédominance est telle que ces malades peuvent être appelés des hémi-rhumatisants.

II. — Chez ces hémi-rhumatisants, le côté droit paraît le plus fréquemment affecté.

III. — Quand des congestions pulmonaires ou des bronchites de nature arthritique se déclarent chez ces malades, elles se montrent le plus souvent du côté où le rhumatisme prédomine.

C'est de ce côté que s'observerait aussi ce froissement pleurétique, dont M. Collin (de Saint-Honoré) a fait un signe d'arthritisme, et qui, pour M. Cazalis, correspond au frottement ou à la crépitation des articulations dans l'arthrite sèche.

Comme l'hémi-rhumatisme s'observe le plus souvent à droite, on comprend que M. Collin ait tout d'abord localisé à droite son froissement pleurétique.

IV. — Du côté où le rhumatisme prédomine, on voit prédominer encore cet autre signe bien plus fréquent du rhumatisme chronique, et depuis quelque temps reconnu et décrit par M. Verneuil et M. Potain, la déformation du gros orteil et sa déviation en dehors.

V. — Si l'hémi-rhumatisme paraît de préférence affecter le côté droit, l'hémi-chorée

et l'hystérie, au contraire, qui, à beaucoup de praticiens aujourd'hui, apparaissent comme des transformations de l'arthritisme d'une génération à l'autre, affectent le plus fréquemment le côté gauche. Or, si l'on ajoute l'hémi-crânie à toutes les modalités de l'arthritisme, on reconnaîtra qu'il y a dans les manifestations arthritiques une singulière tendance à l'hémi-latéralité.

VI. — Ces faits semblent venir à l'appui de cette théorie, incertaine encore, mais qui de plus en plus est agréée par beaucoup d'esprits, que le système nerveux central a une grande part d'influence sur la localisation des manifestations rhumatismales chroniques.

M. Marjolin dépose sur le bureau un exemplaire des *Bulletins* de la Société protectrice de l'enfance pour l'année 1885.

M. Lagneau a la parole pour une communication relative au *surmenage intellectuel et à la sédentarité dans les écoles*. L'auteur montre, d'après divers documents statistiques recueillis, en Danemark par M. Hertel sur 28,114 écoliers des deux sexes, en Suède par M. Axel Key sur plus de 11,000 écoliers, en Prusse par M. Finkelnburg sur 17,245 jeunes hommes se présentant au volontariat, en France par M. Arnould et M. Dally sur les jeunes gens admis à l'école de Saint-Cyr de 1874 à 1876, que sur 100 écoliers on en trouve de 29 à 56 atteints de myopie, de céphalalgie, de fréquentes épistaxis, d'anémie, de scrofules, de scolioses, de diverses maladies chroniques ; — que leur proportion moyenne de 37 dans les classes inférieures s'élève jusqu'à 58 dans les classes supérieures ; — que les jeunes volontaires, vu leur insuffisance de développement physique, sont exemptés ou ajournés dans une proportion presque double de celle des autres conscrits, dans le rapport de 80 à 45 sur 100 ; — que ceux admis à l'école de Saint-Cyr sont souvent dans des conditions d'infériorité physique, principalement au point de vue du périmètre thoracique insuffisant.

S'appuyant sur les recherches de très nombreux médecins anglais, américains, allemands, russes, français, en particulier de MM. Cohn (de Breslau), Erismann (de Saint-Pétersbourg), Durr (de Hanovre), Maurice Perrin, Javal, Gariel, Fieuzal (de Paris), Motais (d'Angers), Nicati (de Marseille), il montre que, par suite d'un travail minutieux trop prolongé, comme la lecture et l'écriture, souvent avec un éclairage insuffisant, de nombreux écoliers deviennent myopes, et voient leur myopie s'accroître de plus en plus à mesure qu'ils progressent dans leurs études. Sur plus de 40,000 élèves, M. Cohn a reconnu que, tandis que l'on compte 1 myope sur 100 dans les écoles de campagne, il y en a de 5 à 11 dans les écoles élémentaires, 10 à 24 dans les écoles de filles, 20 à 40 dans les écoles réales, 30 à 55 dans les gymnases, de 64 à 80 et à 100 p. 100 dans certaines écoles supérieures comme celles de Breslau, Erlangen et Heidelberg.

Rappelant les documents recueillis en Suisse, en Allemagne, en France par MM. Guillaume, Fahrner, Klepsch, Eulenburg, Dally, Thorens, il montre que les déviation de la colonne vertébrale, que l'inégale élévation des épaules sont souvent la suite du travail scolaire, et particulièrement du mode d'écriture astreignant l'élève à se pencher obliquement en avant. Ces déformations se manifestent surtout de 6 à 14 ans. Plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, elles se montrent à des degrés divers chez près des deux cinquièmes des premières, chez environ un sixième des seconds. Elles deviennent plus fréquentes depuis quelques années par suite de la généralisation de plus en plus complète du travail scolaire.

Par suite de la position penchée sur un pupitre, le thorax fléchi sur l'abdomen, les fausses côtes comprimant les viscères, ainsi que l'ont remarqué beaucoup de médecins, avec MM. Guillaume, Gast, Virchow, la digestion s'opère mal et lentement chez beaucoup de collégiens.

De nombreux médecins, avec MM. les docteurs Galippe, Magitot, E. Martin, Siterwood ont signalé la fréquence des altérations dentaires, caries, périostites, alvéolo-dentaires chez les écoliers, spécialement chez ceux se livrant à un travail excessif, qui souvent congestionne la tête et trouble la digestion.

Après avoir rappelé que les habitants de nos grandes villes ne peuvent se perpétuer au-delà de quelques générations s'ils ne s'unissent à des ruraux ou à des étrangers

immigrés, car il sont cruellement frappés par certaines maladies, en particulier par la tuberculose, qui, à Paris, entre pour un cinquième dans la mortalité générale (11,011 décès tuberculeux pour 58,702 décès généraux en 1882) ; après avoir rappelé que la plupart des médecins, avec MM. Barth, Godelier, Jaccoud, Lecadre, Mascaret, Champouillon, reconnaissent l'influence de la sédentarité, du confinement, de l'air insuffisamment renouvelé sur le développement de la phthisie, M. Lagneau insiste surtout sur les conséquences funestes de l'immobilité trop prolongée, le corps penché, la poitrine pressée contre un pupitre, l'air pénétrant insuffisamment dans les vésicules pulmonaires, chez les écoliers qui, souvent en trop grand nombre dans des dortoirs durant la nuit, se trouvent maintenus de longues heures pendant le jour, enfermés dans des classes, dans des études s'ils sont internes, dans leur chambre, à leur table de travail s'ils sont externes. Par suite de cette immobilité prolongée, ne permettant jamais aux poumons de se dilater complètement, le développement thoracique reste insuffisant, ainsi que cela a été constaté statistiquement par MM. Arnould et Dally pour les élèves de certaines écoles supérieures, la pâleur, l'alanguissement, la maigreur, l'anémie se manifestent, et trop souvent cette maigreur, cette anémie, ce teint décoloré, qui jadis ont fait donner à certains de nos jeunes gens l'épithète peu flatteuse de *petits crevés*, ne sont que les premiers indices de la phthisie ; car, ainsi que l'ont montré plusieurs médecins, entre autres MM. Peter, Williamson de Ventnor, la tuberculose atteint un grand nombre d'écoliers, principalement parmi ceux qui sont les plus assidus, les plus laborieux, parmi ceux qui se destinent à l'enseignement.

Le surmenage intellectuel, l'*over-pressure*, dont en Angleterre, aussi bien à la Chambre des lords et à la Chambre des communes que dans la Presse médicale, on a signalé surtout les fâcheuses conséquences depuis l'application de l'*educationnal act*, outre de très fréquentes céphalalgies, de très fréquentes épistaxis, détermine chez les écoliers des affections nerveuses beaucoup plus sérieuses. La proportion de ceux atteints de maux de tête, selon MM. Guillaume, Becker, Crichton Browne, varierait de 27 à 46 sur 100.

De nombreux médecins anglais, entre autres MM. Abercrombie, Ashby, Shelly, Roué, Sturges, Drewith, Doukin, Caton, Gibbon, Goodhart ont cru devoir attribuer à la surcharge intellectuelle, et surtout à la préoccupation causée par les examens, la fréquence croissante de la chorée chez les jeunes élèves, l'insomnie, la surexcitation, l'irritabilité nerveuse chez les élèves des classes supérieures, chez les élèves professeurs.

MM. Potain, Crichton Browne, Rabaglioti ont rapporté aux efforts intellectuels immodérés, et exagérément prolongés divers états congestifs et inflammatoires du cerveau et des méninges, encéphalites, hydrocéphales, péri-encéphalites chroniques diffuses.

Le président de la Commission des aliénés, lord Schaftesbury et M. le docteur Robert Eder (de Boston) ont fait remarquer la proportion considérable d'instituteurs, et surtout d'institutrices, qui entrent dans les asiles d'aliénés par suite d'épuisement nerveux, *nervous exhaustion*, résultant d'un travail intellectuel exagéré.

Enfin, parfois, sans déterminer des affections nerveuses aussi graves, ainsi que l'ont constaté MM. les docteurs Robert Macpherson (de Glascow), Fonssagrives, Beckel, Kussmaul, Neubauer, Jolly, Menno Huisinga, la surcharge intellectuelle durant plusieurs années peut déterminer une fatigue, un affaiblissement plus ou moins durable de l'intelligence, qui, perdant toute initiative, toute force de volonté, toute énergie morale, devient et parfois demeure, durant le reste de l'existence, remarquablement lente, lourde, hébétée.

Telles peuvent être les conséquences morbides d'une sédentarité funeste, d'une instruction forcée et encyclopédique, aussi uniforme que superficielle. Cependant, comme l'observe M. Gréard, le recteur de l'Académie de Paris, « une Société ne se soutient et ne s'élève que par la diversité des élites qu'elle produit ». Ce n'est pas par un surmenage intellectuel écrasant qu'on forme les grandes nations.

M. Cornil a la parole pour la continuation de la discussion sur les ptomaïnes et les

leucomaïnes. L'orateur demande à répondre quelques mots à M. Béchamp à propos de l'origine et de la morphologie des micro-organismes.

Qu'est-ce que les microzymas? M. Cornil rappelle la définition de M. Béchamp. C'est une classe nouvelle, un ordre nouveau de production organisée répandue partout.

L'origine de la conception de la doctrine de M. Béchamp est dans l'assimilation, dans la confusion qu'il établit entre les granulations moléculaires ou élémentaires répandues partout et les micro-organismes. Ces granulations qu'il appelle microzymas deviennent des microcoques, des bâtonnets, des filaments, etc. Or, la preuve de ces transformations n'a pas été donnée, tandis que nous savons, au contraire, que les tissus normaux d'un animal sain mis pendant sa vie ou immédiatement après sa mort, avec toutes les précautions recommandées par M. Pasteur, dans un liquide de culture stérilisée, ne donne lieu à aucune végétation microbienne. C'est ce qu'ont prouvé les expériences de MM. Pasteur, Duclaux, Cornil, Babès, etc. Elles démontrent qu'il n'y a ni dans les cellules des organes internes ni dans le sang de granulations capables de donner lieu à une végétation de microbes ; elles ruinent absolument la conception des microzymas de M. Béchamp. Cette démonstration est faite depuis longtemps non seulement par les travaux de M. Pasteur, mais encore de ses élèves et de presque tous les savants qui s'occupent de bactériologie.

M. Cornil croit utile de montrer et de critiquer les origines expérimentales de la doctrine des microzymas de M. Béchamp. Il rappelle l'expérience consistant à ajouter de la craie à un bouillon de levûre ou à du sucre de canne et à obtenir ainsi une fermentation.

M. Béchamp conclut de cette expérience que la craie contenait des microzymas qui sont devenus des microcoques ou des bâtonnets dans le bouillon nutritif. Mais cette craie, ajoute M. Cornil, avait été extraite depuis un an de la carrière; n'avait-elle retenu aucun germe de l'air? Poser la question, c'est la résoudre. Un morceau de viande a d'abord été coagulé à la surface par une ébullition de quelques minutes, puis abandonné à l'air où il s'est putréfié. La périphérie présentait des vibrions, mais non le centre qui contenait des bactéries diverses. M. Béchamp en conclut que ces dernières proviennent de microzymas existant antérieurement dans les tissus. Est-ce que les bactéries quelconques, ajoute M. Cornil, ne peuvent pas pénétrer à travers cette viande? Et si certaines bactéries ont pullulé à la surface, tandis que d'autres végétaient dans la profondeur, cela prouve uniquement, suivant M. Cornil, que les vibrions avides d'air sont restés à la surface, tandis que les microbes anaérobies vivaient dans la partie centrale.

Cette expérience ne semble-t-elle pas tout à fait comparable à celle dans laquelle on débouche un flacon contenant un bouillon stérilisé? Tant que le flacon est bouché, il ne se produit rien dans son intérieur; si l'air y arrive, le bouillon se trouble et montre une infinité de micro-organisme, les aérobies sont à la surface, les anaérobies au fond du liquide.

M. Béchamp n'a donné aucun caractère des microzymas étudiés de la façon dont on étudie les êtres microscopiques; il ne les a étudiés ni par les procédés de coloration, ni par les procédés de culture et d'isolement. On ne sait ce que c'est.

M. Béchamp n'a nullement prouvé les modifications qu'il croit que ce microzyma subit. Pour lui, cet être indéterminé, cette granulation d'une petitesse extrême, cette poussière impalpable faisant partie des végétaux, des animaux et des minéraux, peut devenir l'une quelconque des bactéries et des moisissures connues, et elle serait l'origine de tous ces petits êtres appartenant au règne végétal.

M. Cornil demande à M. Béchamp la preuve de cette série de transformations. Il rappelle qu'il existe une grande quantité de bactéries, de moisissures, de champignons microscopiques parfaitement connus et dont les espèces sont bien déterminées. Chacune de ces espèces possède une morphologie, des caractères tirés de la façon dont elle se teint par les diverses matières colorantes, de la forme spéciale que revêtent ses colonies, lorsqu'elle a été cultivée isolément, sur des milieux nutritifs, etc., etc.; comment peut-on concevoir que toutes ces espèces qu'on a isolées aujourd'hui et qui sont caractérisées

par un ensemble de propriétés bien définies et fixées, proviennent d'une même origine, du microzyma de M. Béchamp?

En un mot et pour conclure, dit M. Cornil en terminant, M. Béchamp n'apporte aucune preuve directe à la doctrine des microzymas. Elle est en contradiction formelle avec toute l'œuvre de ces dernières années par laquelle on a spécifié les espèces des bactéries et avec les idées générales qui dominent l'histoire naturelle des êtres organisés.

M. Béchamp demande et obtient de répondre mardi prochain à l'argumentation de M. Cornil.

— M. le docteur Duroziez lit une note intitulée : *Pouls veineux présystolique dans la chloro-anémie :*

Il est si important de ne pas diagnostiquer des lésions du cœur chez des individus simplement chloro-anémiques, faute souvent commise, que tout signe, qui aide au diagnostic de la chloro-anémie, est bien venu. Ce signe est fourni par l'inspection des jugulaires. On assiste à une danse spéciale des jugulaires ; cet article pourrait être intitulé : « De la danse chloro-anémique des jugulaires ». On a dit que ces mouvements sont physiologiques ; ils ne se voient pas dans l'état normal ; ils ne se voient que dans la chloro-anémie, d'autant plus forts que celle-ci est plus grave. L'auscultation n'est pas nécessaire ; où on voit des mouvements, on entend des souffles.

L'examen des veines du cou, qui doit toujours précéder celui du cœur, n'est pas assez pratiqué. On croit trop que les instruments sont nécessaires ; on ne les a pas toujours à sa disposition et ils sont inférieurs à nos sens. Que de temps pris par l'examen d'une seule artère ! Le diagnostic ne se fait pas par l'examen d'une radiale. J'ai eu le temps d'étudier toutes les artères, toutes les veines, le cœur ; vous n'avez pas encore enregistré, plus ou moins sûrement, le pouls radial. La clinique se fait avec les doigts, les yeux, les oreilles et le cerveau.

Dans la chloro-anémie, l'affaissement de la jugulaire a lieu pendant la systole et non pendant la présystole ; le pouls veineux est présystolique. Parrot ne pouvait pas attribuer le battement de la jugulaire à l'insuffisance de la tricuspide, parce que le battement n'est pas systolique. Il suffit de tenir la carotide et de regarder le pouls veineux on voit le pouls jugulaire précéder le pouls carotidien et la veine s'affaisser en même temps que la carotide bat. Nous n'avons pas besoin d'instrument pour le constater. Les cas ne manquent pas.

Les souffles sont d'autant plus intenses que les mouvements sont mieux dessinés.

Il est facile d'expliquer la succession des souffles au premier et au deuxième temps. Après la présystole, le sang descend dans l'oreillette, un souffle se forme ; puis le ventricule se dilate, un second souffle apparaît.

Pour les mouvements, la présystole rejette le sang en arrière et produit le pouls veineux, puis la veine s'affaisse quand l'oreillette se dilate.

Le souffle du deuxième temps peut s'entendre aussi bien au-dessous qu'au-dessus de la clavicule. On a l'explication de ces souffles extra-cardiaques qui ne sont que des souffles anémiques. Pourquoi ne pas faire des souffles veineux du cou des souffles extra-cardiaques ?

Les bruits chloro-anémiques du cœur sont mal connus et trop souvent pris pour des bruits organiques valvulaires ou péricardiques. C'est là qu'est tout l'intérêt de l'étude des maladies du cœur. La thérapeutique s'en ressent.

M. Cazeneuve (de Lyon), membre correspondant, fait une communication sur certaines matières colorantes extraites de la houille et cherche à montrer que c'est à tort que l'on a proscrit en bloc l'emploi de ces matières dont quelques-unes ne seraient nullement toxiques.

M. Béchamp soutient, au contraire, que l'on a eu raison de faire cette interdiction en bloc, attendu que toutes les matières colorantes extraites de la houille contiendraient, suivant lui, des principes toxiques.

— M. le docteur Paul Gibier lit une note pour décrire un appareil qu'il présente à

l'Académie. Cet appareil est une étuve à vapeur composée d'un fourneau, d'une cuve à eau et d'une chambre destinée à contenir les effets de literie, y compris le sommier. Mais, comme cet engin ne pourrait pénétrer d'une seule pièce dans les appartements, le docteur Paul Gibier l'a fait démontable. L'appareil est facile à manœuvrer et peu couteux à établir, il évite la dissémination des germes en permettant d'opérer la désinfection dans l'endroit même où la maladie a évolué. La cheminée de la chambre où se fait l'opération sert au dégagement de la fumée et de la vapeur qui s'échappent de l'appareil, et, en une heure ou deux, la désinfection des matelas, couvertures, etc., est complète. C'est du moins ce qui semble résulter des expériences du docteur Paul Gibier qui a détruit une grande quantité de microbes par l'action de son appareil, tels que le microbe du choléra, celui de la fièvre typhoïde, du charbon, de la pneumonie, etc., etc. Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire que l'action de la vapeur portée à 100° se continue au moins pendant une demi-heure, et, malgré cela, la literie n'est nullement mouillée; aussitôt sortie de l'étuve, la vapeur contenue dans l'intérieur des objets s'échappe et la dessication est rapide. Cette étuve pourra aussi être employée avantageusement dans les hôpitaux, hospices, etc., et en général dans tous les établissements où l'on peut avoir des malades à soigner.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Tumeur de la région fessière (méningocèle). — Rapport. — Communication : tumeur vasculaire de l'humérus, sarcome fasciculé kystique. — Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez.

M. Championnière présente de la part de M. le docteur Auguste Reverdin (de Genève) une série d'instruments pour les opérations des kystes de l'ovaire.

— M. Larger, à l'occasion du procès-verbal et de la communication de M. Kirmisson sur une tumeur de la région fessière, demande à présenter quelques remarques sur le diagnostic de méningocèle porté par ce chirurgien.

Le caractère tiré de la nature du liquide contenu dans la tumeur n'est rien moins que probant, suivant M. Larger; car, d'une part, il résulte des recherches de M. Méhu, que tous les kystes congénitaux peuvent contenir un liquide clair comme de l'eau de roche, et, d'autre part, dans son travail sur l'encéphalocèle, M. Larger a cité plusieurs cas de ces tumeurs où le liquide était fortement albumineux.

Quant au deuxième caractère tiré de la pénétration du pédicule de la tumeur dans le canal sacré, tous les kystes congénitaux du crâne et du rachis peuvent présenter un point d'attache profond, et leur pédicule peut même se souder par continuité aux méninges à travers un trou crânien ou rachidien. L'existence de la méningocèle a pu être niée. Sans être aussi exclusif, M. Larger pense qu'elle est, au moins, extraordinairement rare.

Il pense que M. Kirmisson a eu affaire à un kyste congénital, peut-être à un kyste dermoïde; mais il se croit obligé de faire des réserves quant à la théorie de l'inclusion qui a été invoquée à ce propos. Suivant lui, cette théorie ne rend pas compte des tumeurs dermoïdes situées ailleurs que sur les fissures primitives; elle n'explique pas davantage l'origine des tumeurs congénitales variées : angiomes, sarcomes, lipomes, myxomes, etc., qui occupent le siège des kystes dermoïdes et se confondent parfois avec eux pour former des tumeurs complexes, particulièrement à l'extrémité inférieure du rachis.

M. Larger rappelle qu'il a proposé d'expliquer la présence des tumeurs congénitales variées qui s'observent le long des fissures primitives par le travail néo-formatif considérable qui s'y opère à un moment donné, principalement aux angles de ces fissures. Il estime que cette théorie a le double avantage de s'appliquer à tous les cas indistinctement et d'être en harmonie parfaite avec tous les faits observés.

M. Trélat croit devoir protester contre les théories absolues qui prétendent embrasser tous les faits. Il faut bien se garder de rapporter toutes les tumeurs à une seule et même origine; elles ne rentrent pas plus, d'une manière générale, dans la théorie de l'inclusion que dans la doctrine exposée par M. Larger qui, en somme, se rapproche beaucoup de cette dernière.

M. Kirmisson, en l'absence des signes caractéristiques de la méningocèle, n'oserait affirmer qu'il s'agisse ici d'une tumeur de ce genre, mais, de son côté, M. Larger n'a pas le droit de dire que cette tumeur n'est pas une méningocèle et qu'il n'en existe pas d'exemple. Il suffit de consulter tous les travaux faits sur le spina bifida pour reconnaître qu'une telle proposition est erronée.

M. Tillaux dit qu'il faut admettre plusieurs espèces de kystes et réserver le nom de kystes dermoïdes à ceux dont la membrane interne est constituée par les éléments de la peau. Il ne faut pas les confondre avec les kystes par inclusion fœtale, qui sont tout à fait différents par leur origine.

M. Humbert lit un rapport sur une observation de *rétrécissement syphilitique de l'urèthre*, par M. le docteur de Santi.

Le 27 juillet 1885, un soldat du 3e régiment de tirailleurs algériens, âgé de 35 ans, entrait à l'hôpital militaire d'Hong-Hoa, au Tonkin. Il se présentait dans l'état suivant : Rétention d'urine presque complète; la miction n'est possible que dans la position accroupie et se fait goutte à goutte. Œdème considérable des bourses et du périnée. A la palpation, on constate que la région périnéale est occupée par une tumeur dure, allongée en forme de crosse de pistolet, qui, en arrière, semble coiffer le bulbe, et se termine en avant par une extrémité effilée vers la racine de la verge. Cette tumeur est absolument indolente.

Une bougie n° 6 (la plus fine que M. de Santi eût à sa disposition) est arrêtée à 14 centimètres du méat. En la retirant, on éprouve une sensation de résistance qui indique qu'elle s'est engagée dans un rétrécissement.

La prostate est saine.

L'état général est excellent. Pas de fièvre. Temp. 37. Urine normale, claire et acide.

Le malade, habituellement bien portant, avait eu une uréthrite en 1870. Mais il avait toujours uriné facilement. Le début des accidents, marqué par de la dysurie et du gonflement des bourses, remontait à douze jours.

M. de Santi porta le diagnostic de phlegmon péri-uréthral consécutif à un rétrécissement de l'urèthre, peut-être avec une légère infiltration d'urine.

Trois jours plus tard, il crut percevoir de la fluctuation au niveau du bulbe; une incision ne donna issue qu'à un liquide transparent, un peu visqueux ou graisseux, mêlé de sang. L'induration ne diminua pas.

C'est alors que M. de Santi pensa qu'il se trouvait peut-être en présence d'une gomme péri-uréthrale, évoluant à la manière des syphilomes ano-rectaux, et produisant les mêmes effets de coarctation. Il prescrivit l'iodure de potassium. La tumeur diminua peu à peu. Le 21 août, la bougie n° 6 franchissait le rétrissements, et, le 30, on passait un n° 16.

A cette époque, également, le testicule gauche, — qu'on avait trouvé un peu hypertrophié, dur et rugueux au moment où la diminution de l'œdème scrotal avait permis de l'explorer, — était revenu à l'état normal.

Pour M. de Santi, « la nature syphilitique, sinon de rétrécissement, du moins du plegmon qui est venu le compliquer, est incontestable. »

M. Humbert n'accepte pas ce diagnostic sans réserves. On ne connaît pas d'exemple de rétrécissements syphilitiques de l'urèthre, analogues aux rétrécissements syphilitiques du rectum, c'est-à-dire déterminés par une infiltration syphilomateuse des parois de ce canal. Quant aux gommes du périnée, on peut sans doute en rencontrer là comme ailleurs, mais une gomme du tissu cellulaire péri-uréthral aurait-elle déterminé de semblables phénomènes? Sa première manifestation eût-elle été de la dysurie, et bientôt une rétention d'urine, avec un véritable rétrécissement s'opposant à l'introduction d'une fine bougie? Ne se serait-il pas produit, de préférence, une simple compression de

l'urèthre, qui n'eût pas mis obstacle au cathétérisme? Sans compter que rien, dans les antécédents du malade, ne démontrait l'existence de la syphilis.

M. Humbert préférerait adopter le premier diagnostic porté par M. de Santi : rétrécissement de l'urèthre avec infiltration d'urine; infiltration qui s'est faite lentement et a provoqué cette induration particulière qu'on observe dans les cas où l'urine pénètre goutte à goutte dans le tissu cellulaire.

M. Louis Thomas (de Tours) membre correspondant, communique une observation de *tumeur vasculaire de l'humérus* (sarcome fasciculé kystique).

Le sujet de cette observation est un jeune laboureur de 29 ans, qui, au mois de février 1885, fit une chute et se fractura le bras droit à la partie moyenne. Cette fracture était consolidée parfaitement, lorsque, au mois d'août de la même année, il fit une nouvelle chute ; à partir de ce moment, il eut moins de force dans le bras. Appelé en septembre comme réserviste, il fut réformé pour une atrophie du deltoïde et des muscles du moignon de l'épaule.

En novembre, troisième chute, douleur permanente, augmentation de volume et impotence du membre. Le 12 mars 1886, le bras a la forme d'un fuseau dont la partie renflée correspond à la région moyenne du membre. Il existe une mobilité anormale au siège de l'ancienne fracture, où l'on constate une solution de continuité. Fluctuation très manifeste et assez superficielle à la partie externe, au-dessus et au-dessous de l'insertion du deltoïde, plus profonde sur le reste de la circonférence du membre. Il n'y a pas de battements dans la tumeur, qui ne se réduit pas sous la pression et ne présente pas de bruit de souffle à l'auscultation. Atrophie très prononcée des muscles deltoïde, sus et sous-épineux ; état général très satisfaisant.

M. Thomas crut à une ostéite raréfiante ayant déterminé un vaste abcès sous-périostique et une fracture spontanée de l'humérus. Mais une ponction exploratrice donna issue par un jet continu à 500 grammes environ d'un liquide brun foncé prenant à l'air la coloration du sang veineux. La collection était libre dans une vaste cavité où l'on pouvait la promener dans tous les sens sans atteindre les extrémités de l'humérus. Cet os faisait défaut depuis le tendon du grand pectoral jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude.

A l'examen microscopique, le dépôt laissé dans le vase par le liquide de la ponction est formé exclusivement de globules sanguins. Il y a un excès de phosphates dans les urines.

Il s'agissait donc d'une tumeur vasculaire de l'humérus. La compression directe n'empêche nullement la reproduction du liquide, qui nécessite une deuxième, puis une troisième ponction. Enfin les douleurs, la tuméfaction croissante, les phénomènes inflammatoires obligent à pratiquer la désarticulation de l'épaule.

L'examen de la tumeur permet de reconnaître qu'elle est formée par une cavité unique contenant quelques caillots noirs ; la face interne de la cavité présente un aspect réticulé qui rappelle les vessies dites à colonnes. La paroi semble constituée par le périoste distendu et aminci, du moins elle se continue directement avec le périoste qui recouvre les extrémités osseuses. On y trouve deux saillies rouges, d'apparence charnue, comme pédiculées, présentant l'une le volume d'un haricot, l'autre celui d'une noisette, auxquelles adhèrent quelques petits caillots noirâtres ; enfin, de distance en distance, de petits cordons aplatis, vestiges de vaisseaux.

L'examen microscopique d'une des deux petites tumeurs charnues implantées sur la paroi, fait par M. Latteux, chef du laboratoire de clinique à l'hôpital de la Charité, montre les caractères du sarcome fasciculé classique.

Cette observation présente la plus grande analogie avec celle qui a été le point de départ du mémoire de M. le professeur Richet, sur les *tumeurs vasculaires des os*, publié dans les *Archives de médecine* en 1864.

Sans contester l'existence des tumeurs vasculaires simples des os, M. Thomas fait remarquer qu'avant de conclure à la nature vasculaire simple d'une tumeur des os, sans mélange d'autres éléments, on doit procéder à un examen minutieux, le néoplasme pouvant occuper un point très limité de la cavité kystique et passer inaperçu.

L'observation de M. Thomas établirait, suivant lui, une transition entre les tumeurs vasculaires des os dans lesquelles la nature sarcomateuse, myéloplaxique ou carcinomateuse de la paroi est de toute évidence, et celles dans lesquelles l'élément néoplastique fait absolument défaut. On serait ainsi conduit à leur reconnaître à toutes la même origine, en admettant que, dans certains cas, la destruction du néoplasme marche de pair avec sa formation.

M. Championnière a eu l'occasion d'observer des faits semblables à celui que vient de communiquer M. Louis Thomas; dans tous les cas, la récidive ne s'est pas fait attendre et les malades ont succombé à la généralisation du sarcome dans les viscères, particulièrement dans les poumons.

M. Kirmisson connaît un cas de tumeur vasculaire des os opérée depuis vingt-cinq ans, sans récidive; il ne s'agissait donc pas, dans ce cas, d'une tumeur sarcomateuse.

M. Marchand a opéré, il y a deux ans, une tumeur vasculaire des os; il n'y a pas eu de récidive jusqu'à ce jour.

M. Th. Anger dit qu'il n'est pas possible de révoquer en doute l'existence des tumeurs anévrysmales des os; il en a publié, pour sa part, un exemple incontestable.

M. Polaillon, à propos de la question de la récidive du sarcome des os, rappelle l'observation d'un jeune malade, qu'il a présenté à la Société de chirurgie, auquel il avait enlevé les trois quarts externes de la clavicule pour une tumeur sarcomateuse de cet os; deux récidives locales se sont produites successivement dans la portion restante de la clavicule; une guérison temporaire a suivi chaque fois l'ablation de la partie malade. Mais l'enfant a fini par succomber à une nouvelle récidive effectuée, cette fois, dans le fémur, avec généralisation dans les viscères.

En ce qui concerne les tumeurs vasculaires des os, M. Polaillon pense qu'il ne serait pas impossible qu'il se fît dans le tissu osseux des tumeurs analogues aux tumeurs cirsoïdes.

— M. Delorme, agrégé au Val-de-Grâce, communique une observation de restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez. — A. T.

COURRIER

L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu le dimanche 2 mai, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— L'Assemblée générale annuelle de la caisse des pensions de retraite du corps médical français aura lieu le dimanche 2 mai, à 10 heures du matin, Grand Véfour, Palais-Royal.

Collège de France. — *Cours de médecine.* — M. le professeur Brown-Séquard commencera ses leçons le mercredi 5 mai, à quatre heures du soir, et les continuera à la même heure les vendredis et mercredis. Il traitera : *De la physiologie et de la pathologie des diverses parties de la base de l'encéphale.*

Le Quinium Roy, granulé, soluble, renferme le tannin et tous les alcaloïdes du quinquina. Il est *tonique* à la dose de 2 cuillerées à café ou fébrifuge à celle de 2 à 3 cuillerées à bouche.

Les capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre; elles sont de la grosseur d'une pilule ordinaire et contiennent chacune cinq centigrammes de créosote et vingt-cinq centigrammes d'huile de foie de morue. A la dose de 6 à 8 capsules par jour, elles donnent d'excellents résultats et sont bien supportées par tous les malades.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. A propos de l'Ordre des médecins. — II. Ch. Eloy : Du rôle de l'hérédité dans les névroses. — III. Intérêts professionnels : L'Association générale. — La Caisse des retraites. — La future Assurance mutuelle des médecins de la Seine. — IV. Revue des Journaux : « Les Annales de médecine thermale ». — V. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

A propos de l'Ordre des médecins.

M. le docteur Surmay me reproche amicalement d'avoir inséré jeudi dernier un article favorable aux conclusions du rapport de Ranse contre le projet de création d'un Ordre des médecins.

En cela, l'*Union médicale* a traduit la pensée du Conseil général de l'Association et, en outre, celle du signataire de l'article, M. le docteur Éloy. Elle se rappelle parfaitement avoir inséré *in extenso* le projet de M. Surmay, et y avoir ajouté à plusieurs reprises des réflexions trahissant sa sympathie pour les idées de notre confrère de Ham. Mais elle a laissé libre la plume de son collaborateur, parce que, si elle est acquise *en principe* à ces idées, elle n'a jamais dissimulé qu'elle les croit peu réalisables.

C'est surtout à cause des difficultés d'exécution que le projet soulève, que les désirs de M. Surmay ont peu de chance d'être satisfaits lundi prochain. Mais la majorité de nos confrères n'a pas voulu blâmer le projet en lui-même; et, si son auteur demande que la question reste ouverte, je ne vois que des avantages à cette solution provisoire. — L.-G. R.

Du rôle de l'hérédité dans les névroses.

Par le docteur Ch. Éloy.

Un mot d'histoire contemporaine : Axenfeld et l'hérédité dans le *Traité des névroses*. — Le fond commun névropathique et la neurasthénie. — Hérédité diathésique et hérédité névropathique. — Névrose et diathèse : leurs analogies cliniques. — Impossibilité de leur imitation expérimentale. — La famille *neuro-diathésique*. — Importance pratique de cette notion. — L'intervention et les indications thérapeutiques dans la famille neuro-diathésique.

L'hérédité morbide est plus que jamais à l'ordre du jour. Son étude passionne le philosophe et le médecin, mais plus encore le médecin que le philosophe; car, si elle touche à la sociologie et à la biologie, elle touche surtout aux lois fondamentales de la pathogénie, c'est-à-dire à l'édifice de la médecine.

L'hérédité dans les névroses occupe un petit coin de ce vaste champ d'observation; mais, pour petit qu'il soit, ce coin a été fouillé par de robustes travailleurs. Est-ce à dire que l'hérédité névropathique est bien connue et que les questions qui s'y rapportent sont à la veille d'être fermées? Non, certes. Il nous est donc permis d'y entrer, en prenant pour appui l'œuvre magistrale de l'un des plus justement regrettés parmi les ouvriers de la première heure.

Dans la discussion d'un tel problème, il n'est pas superflu, ce me semble, de jeter de temps en temps un regard en arrière. S'il est parfois profitable de fixer les yeux sur ceux qui marchent devant nous, il est toujours équitable de se retourner vers les maîtres qui nous ont précédés. N'est-ce pas se mettre au point de la science que de mesurer ainsi le chemin parcouru depuis la dernière étape et d'évaluer la part modeste, quoique bien réelle, des précurseurs du progrès actuel?

©BIU Santé

Axenfeld fut de ceux-là.

Dans le *Traité des névroses*, dont la publication provoquait, en 1863, une impression si profonde, son génie ordonnateur avait réussi, pour la première fois enfin, à éclairer le chaos de ces affections. La notion de leur hérédité devait venir sous sa plume et y vint naturellement. Il la développa et l'adopta d'autant plus volontiers qu'elle se présentait avec le témoignage de son expérience clinique personnelle et sous le patronage de fameux observateurs. Les anciens médecins l'avaient admise; Sydenham la défendait et Hoffmann l'affirmait.

Depuis, le domaine de l'hérédité névropathique s'est agrandi; son rôle pathogénique s'est complété. Comme tant d'autres, cette question a reçu l'impulsion puissante des rénovateurs de la neuropathologie en France : de M. Charcot, ce médecin qui raisonne si bien en physiologiste, et de M. Vulpian, ce physiologiste qui s'est révélé si profond clinicien.

L'avènement et le triomphe d'idées aujourd'hui plus familières et mieux acceptées doivent donc rappeler aux amis désintéressés du progrès le nom d'Axenfeld et son œuvre originale, car ce nom est celui d'un initiateur qui, j'en appelle aux paroles de M. le professeur Guyon, « a été l'honneur de notre « Faculté et auquel il n'a manqué que de vivre pour en devenir la gloire ».

I

« Les névroses sont souvent des maladies héréditaires », écrivait-il en tête du chapitre de l'étiologie générale. Cette opinion ne lui était pas personnelle; d'autres cliniciens, ses contemporains, la partagaient, entre autres Monneret, dont le nom et le *Traité de pathologie générale* sont trop souvent passés sous silence.

Axenfeld admettait leur hérédité *homologue*, que cette hérédité soit alternante ou continue dans la filiation généalogique. C'était reconnaître l'existence de ces familles de *migraineux*, d'*hystériques* et d'*épileptiques* dont une névrose toujours similaire constitue le patrimoine et la tare héréditaire.

Plus loin, il ajoute : les névroses sont aussi « héréditaires par trans- « mission d'une disposition inconnue en elle-même et en vertu de laquelle « on voit se développer des maladies nerveuses de formes diverses et « des parents sujets aux névralgies ou à l'hystérie donner le jour à des « enfants atteints de chorée ou d'épilepsie ». Dans cette hérédité *hétérologue*, ce dont on hérite, « ce n'est pas précisément telle ou telle névrose; « ce n'est pas un germe d'hystérie ou d'épilepsie, mais bien une condition « de l'organisme favorable au développement d'une maladie nerveuse qui « pourra être identique ou analogue à celle des parents ».

La distance est-elle bien grande entre l'idée du législateur des névroses et la conception récente qui accorde à ces maladies, comme fond commun, l'état névropathique et la neurasthénie? Je sais bien qu'en 1863, la neurasthénie n'avait pas été transportée hors des pays anglo-saxons, que l'*irritable nervous weakness*, la *nervous exhaustion* et l'*american nervousness* n'étaient pas encore pourvus de leur état civil nosologique. Néanmoins, on parlait alors de *nervosisme*, d'*état nerveux*, de *tempérament nerveux* et de *débilité nerveuse*. Depuis, on a étendu les frontières indécises de la plus jeune et de la plus protéiforme des névroses pour donner asile à ces états morbides si variés et si confus qui, de l'aveu de Sydenham, ne sont cons-

tants que par leur mobilité. Cette simplification de la nomenclature nosologique n'a cependant pas diminué notre ignorance sur ces dispositions inconnues auxquelles les névroses héréditaires empruntent leur fatalité.

Cette hérédité s'exerce dans un cercle moins étroit que celui de l'état névropathique et de la neurasthénie. Les cas sont nombreux où la condition morbide du descendant paraît plutôt sous la dépendance d'une maladie parentale étrangère aux névropathies : telle l'hérédité des névroses dans la lignée des goutteux; telle aussi cette hérédité dans les familles de rhumatisants. L'*imminence* névrosique n'est pas liée seulement à l'état névropathique, elle a aussi des rapports avec l'état diathésique.

Le diagnostic de l'hérédité des névroses consiste donc à déterminer *la tare diathésique*. Comment le démontrer? Par des preuves positives empruntées à la clinique et par des preuves négatives tirées de notre impuissance expérimentale à réaliser ces conditions.

II

Briquet avait signalé le rôle de l'hérédité directe ou collatérale dans l'étiologie de l'*hystérie*. Axenfeld accepte ses statistiques, les appuie de l'autorité de sa plume et, allant même plus loin, se demande « dans quelle « mesure les maladies générales ou locales, étrangères au système ner- « veux, qui existent chez les parents, peuvent créer chez les descendants « une prédisposition à l'hystérie? »

Dans la nombreuse tribu des *migraines*, l'auteur du *Traité des névroses* avait noté ces mêmes conditions étiologiques. « Qu'elles se transmettent « par voie de génération ou que les enfants naissent doués seulement « d'une tendance aux névropathies », il plaçait l'hérédité diathésique en première ligne parmi les causes des explosions migraineuses.

Son intervention semble moins apparente dans l'étiologie des *névralgies*. Elle peut être méconnue ou latente; mais, quand la sagacité du clinicien la rencontre chez des personnes « lymphatiques, irritables ou anémiques », Axenfeld admet sans hésitation que ces prédispositions « quelquefois « transmises par hérédité, entretiennent et perpétuent les névralgies. »

L'étiologie de la *chorée* donne une nouvelle occasion de proclamer la transmission héréditaire « de l'aptitude aux névroses ». Ici encore « le lymphatisme, le rhumatisme antérieur ou actuel et la tuberculose », cet aboutissant fréquent de la diathèse arthritique, en sont les principaux facteurs.

Ailleurs, Axenfeld enregistre la transmission des *névroses convulsives*, soit par hérédité directe ou collatérale, soit par substitution de la manifestation non convulsive du descendant à la névrose convulsive de l'ascendant.

Ailleurs encore, au chapitre des *tremblements*, il rappelle en faveur de l'hérédité directe ce fait si probant « d'un malade qui présentait depuis sa « naissance une trémulation des deux mains dont tous les ascendants « avaient été atteints ».

Dans une autre page, à propos de la *maladie de Parkinson* où le rôle de l'hérédité était de son temps moins bien établi qu'aujourd'hui, il accepte les observations dans lesquelles on enregistrait chez les ascendants la maladie même avec tous ses caractères ou bien encore les névroses et les psychoses. Depuis, il est vrai, cette question a été mieux étudiée et les probabilités sont devenues des certitudes.

Dans un autre chapitre, il apprécie en ces termes pleins de mesure et d'équité les travaux de ses devanciers, sur l'hérédité dans *l'épilepsie*. « Les « faits d'hérédité seraient presque exceptionnels, au dire des auteurs qui « tiennent compte seulement des épileptiques nés d'autres épileptiques. Ils « paraissent nombreux, au contraire, si l'on envisage les affections nerveuses « quelconques des parents comme susceptibles de créer chez les descen- « dants une prédisposition au mal caduc et si les recherches s'étendent « non seulement aux ascendants, mais encore aux descendants. » Les statistiques contemporaines confirment la sagesse de cette opinion que nombre d'anciens médecins partageaient et que Boerhaave lui-même s'attachait à démontrer.

Enfin, Axenfeld entrevit le rôle que l'*état névropathique* a été appelé à jouer dans cette question.

« Les conditions de mobilité nerveuse sont aussi, disait-il, celles qu'on « trouve dans l'étiologie d'une foule d'autres névroses. Il en résulte que la « migraine, la chorée, l'hystérie, lorsqu'elles précèdent l'épilepsie, sont « enregistrées comme autant de causes de cette dernière maladie, alors « qu'elles ne sont en réalité toutes, y compris l'épilepsie, que les expressions « pathologiques d'une même manière d'être de l'organisme. »

Ces exemples, qu'il serait aisé de multiplier, font prévoir le rôle immense des états diathésiques comme facteurs de l'hérédité névrosique. Comment en douter en présence des liens d'analogie des névroses avec les diathèses et de la communauté de leurs indices nosologiques ? Etats morbides sans caractères anatomiques fondamentaux, elles se rapprochent les unes des autres par la multiplicité, l'ubiquité et le polymorphisme de leurs symptômes. Dans leur marche, elles se répètent sans toujours se ressembler ; elles se substituent les unes aux autres. Une explosion migraineuse succède à une poussée goutteuse ; un accès d'asthme peut venir avant ou après d'autres phénomènes arthritiques, et les convulsions de la chorée sont rarement indépendantes des autres manifestations rhumatismales.

Nonobstant des périodes de repos intermédiaires à des périodes d'activité, ces troubles morbides ont une marche continue. En effet, un accès ne reste pas isolé ; d'autres le suivront vraisemblablement, et vraisemblablement encore d'autres l'ont précédé. Une poussée diathésique n'est aussi qu'un accident au milieu d'une série d'accidents dont l'ensemble constitue la symptomatologie tout entière de la diathèse.

A ces analogies cliniques s'ajoutent des analogies thérapeutiques. La névrose comme la diathèse n'est justiciable que d'une médication générale, quand toutefois elle lui cède. Ce sont là des faits de connaissance banale, et il est inutile d'insister plus longuement sur les connexions si apparentes des névroses avec la scrofule, le lymphatisme, la goutte, etc.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Association générale. — La Caisse des retraites. — La future Assurance mutuelle des médecins de la Seine.

L'Université serait bien inspirée en ouvrant à la Faculté une chaire d'économie médicale. Elle éviterait ainsi des déceptions cruelles à nos futurs confrères en les initiant aux combinaisons au moyen desquelles les financiers de la médecine s'imaginent remédier aux aléas de notre profession.

Il y a quelques années, cependant, l'Association générale des médecins de France et l'Association plus particulariste des médecins de la Seine passaient pour satisfaire aux infortunes médicales. Alors, elles étaient petites filles et leur fonds social paraissait bien restreint pour subvenir à tant de misères. Aujourd'hui qu'elles ont la vigueur de l'âge adulte et qu'elles prospèrent moralement et financièrement, on prétend faire mieux et plus qu'elles.

Singulières vicissitudes! Heureusement que, sans posséder les trésors de Crésus, l'Association possède maintenant quelque richesse, réalise ses promesses et complète progressivement les résultats déjà acquis. Sont-elles donc si nombreuses les Sociétés anciennes ou récentes dont on peut dire autant?

Néanmoins, c'est à dater du jour où ces institutions florissantes sont entrées dans la voie des réalisations pratiques que certains membres de la profession nous ont conviés à nous réunir hors de l'Association et à faire, disaient-ils, avec eux ce que l'Association ne faisait pas. La prétention n'était pas mince, et nos confrères étaient poussés sans doute par d'autres motifs que l'instinct d'imitation!

Ce mouvement de socialisme médical arriva à la mise en œuvre de fondations diverses, parfois fort peu en rapport avec la profession. La plus importante a été la création d'une *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*. Le projet ne manquait pas d'ampleur et le titre de promesses. Cette nouvelle institution était, par privilège de naissance, le satellite, sinon le complément d'une entreprise, différente en apparence, sinon en réalité : la Société et le journal le *Concours médical*.

En raison de leur collatéralité, les moyens de l'un devaient nécessairement ressembler aux moyens de l'autre. Je ne rappelle donc pas à nos lecteurs ce qu'ils savent déjà sur l'organisation de cette Caisse; mais je me demande, avec nombre d'entre eux, si la prudence la moins craintive ne doit pas nous mettre en garde contre les illusions inséparables de telles entreprises?

Mes scrupules sont aussi ceux d'un confrère très estimé de département de la Marne, M. Damourette, secrétaire de la Société locale de l'arrondissement de Vitry-le-François. En les formulant dans la séance de septembre de cette Société, il a obtenu les applaudissements mérités de ses collègues. En les portant, par une brochure récente, à la connaissance du public médical tout entier, il montre que, nonobstant des récriminations mal fondées, l'Association générale ne se désintéresse jamais de l'étude impartiale de cette question professionnelle.

« La caisse des retraites médicales, écrit-il, est mal équilibrée, parce qu'elle favorise les vieillards au détriment de leurs puinés. » Cette déclaration a pour but, ajoute-t-il, de sauvegarder « l'intérêt général » et plus particulièrement celui « de nos jeunes confrères présents ou futurs. » Notre confrère ne craint pas les mathématiques et avance ce qu'il prouve dans le tableau suivant :

Pour 1,200 francs de rente, il est demandé :

	à 20 ans	à 25 ans	à 30 ans	à 40 ans	à 50 ans	à 55 ans
Par la Caisse des retraites.	77 fr. 00	100 fr. 00	131 fr. 00	247 fr. 00	614 fr. 00	484 fr. 00
Par l'Etat.....	68 fr. 40	93 fr. 60	130 fr. 80	278 fr. 40	786 fr. 60	637 fr. 80

Ou si l'on aime mieux, il est donné :

	pour 77 fr.	pour 100 fr.	pour 131 fr.	pour 247 fr.	pour 614 fr.	pour 484 fr.
Par la Caisse des retraites.	1,200 fr.	1,200 fr.	1,200 fr.	1,200 fr.	1,200 fr.	1,200 fr.
Par l'Etat.....	1,350 fr.	1,282 fr.	1,200 fr.	1,064 fr.	936 fr.	910 fr.

L'éloquence des chiffres est brutale et la plume de M. Damourette est sévère contre une institution sociale dans laquelle les charges des assurés ne sont pas proportionnelles à leur âge d'entrée. Les *plus jeunes sont sacrifiés* et ont donc tout intérêt à s'adresser de de préférence à l'Etat.

Notre honoré confrère a cherché la cause de cette disproportion. Il la trouve dans ce qu'il appelle sévèrement « les promesses mensongères », du point de départ et dans un tarif boiteux qui ne tient pas compte de ce fait que la part laissée par les morts « à un « survivant de 60 ans peut s'élever à plus de 5,000 francs s'il est entré à 25 ans et à

©BIU Santé

« moins de 2,000 francs s'il est entré à 50 ans. Il est bien évident dès lors qu'en sup-
« posant que les adhérents les plus âgés se suffisent, ce sont les plus jeunes qui paieront
« les innovations, à savoir : un fonds inaliénable, une caisse auxiliaire de secours, la
« permission d'assurer jusqu'à 4 fois 1,200 francs de rente et l'assurance des femmes. »
Bienfaits coûteux pour les plus jeunes, mais dont les vieillards profiteront surtout.

Les statuts, il est vrai, ajoute-t-il, ont grand soin de spécifier *qu'ils ne garantissent pas le paiement* des RENTES ASSURÉES. A quoi bon alors demander des adhésions, provoquer des espérances caduques et encaisser des cotisations ?

Il est d'ailleurs inutile de prolonger cette démonstration. La caisse des retraites médicales est une œuvre privée ; elle peut librement continuer son chemin. Si la critique s'arrête à ses statuts, qu'elle ne s'en étonne pas. C'est à elle-même et à ses appels au public médical qu'elle doit s'en prendre.

Quant au système d'assurance que M. Damourette recommande aux Sociétés locales, je laisse aux calculateurs le soin d'en vérifier les devis. Je remarque cependant qu'entre autres avantages il aurait ceux de fonctionner dans les Sociétés locales et non pas à côté d'elles, de ne pas être une institution fermée et de recevoir le contrôle bienfaisant de l'Association générale.

II

Bien conçue et toute différente d'ailleurs est *l'assurance mutuelle des médecins de la Seine* que M. Lagoguey veut fonder. Notre estimé confrère a étudié avec soin le mécanisme des Sociétés ouvrières de secours mutuels et note les succès obtenus avec un petit nombre d'adhérents et de modestes cotisations.

Fort de cet exemple et de l'appui de la Société médicale du Xe arrondissement, il a élaboré les statuts de l'*Assurance mutuelle des médecins de la Seine,* où, moyennant une prime mensuelle de 10 francs, chaque adhérent, docteur en médecine, habitant le département de la Seine, pourrait, après six mois d'admission, s'assurer une indemnité quotidienne de 10 francs dans le cas où il serait atteint d'une maladie temporaire ou chronique se prolongeant au delà d'une semaine.

L'adhésion de 150 membres suffira pour permettre le fonctionnement de l'Association. Ce qui permet de l'approprier aux petits groupes de médecins. On a objecté à ce projet l'élévation de la cotisation. Soit; mais la prime n'est relativement pas supérieure à celle des Sociétés ouvrières dans lesquelles l'indemnité journalière est nécessairement moins élevée.

M. Lagoguey a la prudence du père de famille. Il ne veut rien laisser au hasard et entend satisfaire à toutes ses promesses. Dans le but d'éviter tout mécompte dans ses calculs, il a pris pour base d'évaluation une interruption de travail de six jours par an et par assuré. Or, cette évaluation excède celles du ministère de l'intérieur, des Sociétés ouvrières de secours mutuels et de l'Association amicale des médecins anglais, dont les coefficients de morbidité moyenne annuelle sont inférieurs à 4,80 p. 100.

Dès lors, il devient aisé de distribuer 3,650 francs d'indemnité aux deux ou trois adhérents atteints de maladies chroniques pendant l'année, de réaliser même un bénéfice au profit du capital réserve, et après la constitution de ce dernier, au chiffre de 300 francs par adhérent, de diminuer le chiffre de la cotisation. Chacun des nouveaux adhérents payera néanmoins la totalité de la cotisation jusqu'à la constitution de son capital réserve de 300 francs.

Ces évaluations ont été faites comme s'il y avait à tenir compte des frais médicaux, pharmaceutiques et administratifs. Ces dépenses n'existeront pas et la gestion de l'œuvre sera gratuitement remplie par les associés eux-mêmes.

J'ignore quel sera l'avenir de ce projet; je reconnais qu'il n'échappe pas à toute critique, mais je constate aussi qu'il est inspiré par une généreuse idée et par la plus scrupuleuse probité. M. Lagoguey et ses collaborateurs procèdent avec simplicité, modestie et prudence; ils évitent de provoquer des illusions exagérées sur le résultat final de leur entreprise. « Nous voulons fonder, nous écrivent-ils, une Société de secours mu-
« tuels réduite à sa plus simple expression; le paiement de l'indemnité en cas de ma-
« ladie. »

Ce syndicat de la prévoyance professionnelle peut échouer. Ce sera fâcheux; mais, après cet échec, il n'en restera pas moins l'œuvre d'esprits sincèrement dévoués à la profession. Le seul concours médical que nos confrères sollicitent, est celui de tous les honnêtes gens. Puissent-ils obtenir et recevoir quelque jour, quand leur projet aura fait ses preuves, l'appui moral des Sociétés locales et le patronage de l'Association générale.

Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Nous nous empressons de souhaiter la bienvenue à un nouveau journal de médecine, dont nous venons de recevoir le premier numéro. Ce journal a pour titre LES ANNALES DE MÉDECINE THERMALE, et pour secrétaire de sa rédaction notre excellent et sympathique confrère, le docteur Joseph Nicolas, médecin consultant au Mont-Dore. Ce recueil étant principalement une *revue des eaux minérales du centre de la France,* son comité de rédaction se compose de médecins qui exercent à Vichy, au Mont-Dore, à Saint-Honoré, à la Bourboule, à Royat, à Néris, et sa lecture ne peut manquer de fournir aux praticiens des renseignements utiles sur l'emploi des eaux de cette région centrale.

Le premier numéro du journal que nous avons sous les yeux nous donne une curieuse causerie qui a pour objet le parallèle médicinal de l'eau de Vichy et du vin de Champagne, et qui se termine par ces mots : « ... D'où cette conclusion consolante et rassurante pour les malades qui souffrent de l'estomac, du foie ou de la vessie, que, si même les sources de Vichy venaient à s'épuiser, la Providence ne les laisserait pas sans secours : ils boiraient du champagne!... » Cette causerie est signée : Dr CHRYSOSTOME II MATHANASIUS.

Le docteur Gabriel Nicolas, médecin de l'hôpital civil de Vichy, a placé ici un article plus sérieux sur l'*utilité du sulfate d'atropine comme traitement palliatif du prurit ictérique.* Les observations rassemblées par notre confrère ont un véritable intérêt pratique.

M. Lecacheux, ingénieur civil, a commencé un exposé de ses études sur les eaux et les services du Mont-Dore. Jusqu'à présent, il s'agit de recherches chimiques relatives à la présence de l'acide carbonique, de l'arsenic, du fer, dans l'eau montdorienne et, en particulier, du moment où ces principes minéralisateurs abandonnent, selon l'auteur, cette eau ou sa vapeur.

Une note non moins intéressante de M. Amallat, pharmacien à Vichy, a trait à la *recherche de petites quantités d'albumine dans les urines.* — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. GUYOT.

SOMMAIRE. — *Tuberculose infantile. — Atrophie musculaire juvénile des extrémités. — Monoplégie hystérique ; hystérie et simulation. — Hyperthermie hystérique.*

A propos du procès-verbal, M. DAMASCHINO dit qu'il partage à peu près les opinions de MM. Landouzy et Queyrat relativement à la *tuberculose infantile ;* il la croit beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a admis jusqu'ici. Elle est difficile à diagnostiquer même dans la forme ulcéreuse, et, comme les enfants ne crachent pas, on est fort empêché de faire l'examen bacillaire. M. Damaschino a coutume de recourir dans ce cas à l'administration d'un vomitif; parmi les matières vomies se trouvent les crachats que les enfants ont avalés et dans lesquels on trouve des bacilles.

M. RENDU insiste sur le point capital de la communication de M. Landouzy, à savoir que des foyers broncho-pneumoniques, qui à l'œil nu ne présentaient nullement l'aspect tuberculeux, contenaient cependant des bacilles.

M. Damaschino l'admet très bien.

M. Landouzy a depuis la dernière séance fait trois autopsies nouvelles. Un enfant qui avait succombé à la diphthérie et ne paraissait pas tuberculeux avait pourtant des granulations dans le poumon et le foie. Il croit donc que toutes les broncho-pneumonies qui ne sont pas nettement liées à la rougeole ou à une autre maladie infectieuse aiguë sont tuberculeuses; il ne croit plus à la broncho-pneumonie *a frigore*.

Il cite le cas d'un malade ayant succombé dans le service de M. Bouchut et dont à l'autopsie M. Cornil lui-même n'avait pas soupçonné à l'œil nu la tuberculose, que l'examen histologique ultérieur vint cependant prouver.

M. Damaschino dit qu'avant de nier la tuberculose il faut l'avoir cherchée dans tous les viscères.

M. Troisier dit qu'il possède toutes les observations de Parrot et y recherchera les autopsies de broncho-pneumonies.

M. Landouzy ne pense pas qu'on y puisse trouver beaucoup d'observations valables; Parrot ne recherchait pas assez méthodiquement la tuberculose.

M. Joffroy fait une communication sur une forme particulière d'*atrophie musculaire juvénile des extrémités*. Il rappelle le mémoire de Charcot et Marie, contenant 5 observations inédites; si on y joint deux observations d'Ollenburg (1836), 10 observations d'Eichorst (1873), on arrive à un total de 25 cas observés tous dans une même famille par des médecins successifs, et avec les observations personnelles de M. Joffroy, cela fait au total 30 observations qui permettent de constituer à l'état de type nosologique particulier l'atrophie juvénile des extrémités. Elle débute par les muscles des pieds et des jambes, touche la partie inférieure seule de la cuisse, mais jamais le tronc. Puis une pause de plusieurs années se fait dans l'évolution de la maladie. Plus tard l'atrophie apparaît aux membres supérieurs en débutant par les mains et les avant bras. Mais le bras et l'épaule demeurent intacts comme la face.

Les deux cas que M. Joffroy a observés se sont comportés de façon identique; l'un est relatif à une jeune fille de sa clientèle, l'autre est celui d'un jeune garçon que M. Joffroy soumet à l'examen de la Société. La jeune fille, bien portante jusqu'à l'âge de 5 ans, eut alors la scarlatine. Sept ou huit mois après, on constatait chez elle une gêne de la marche, la pointe du pied s'inclinait en dedans et les chutes étaient fréquentes. Un chirurgien porta le diagnostic de pied-bot varus équin, pratiqua une ténotomie et appliqua un appareil orthopédique. L'amélioration fut nulle. On put, au bout d'un certain temps, constater l'immobilité du pied et des orteils; ils étaient froids et cyanosés, étaient facilement atteints d'engelures. Ces caractères se trouvent chez les deux malades de M. Joffroy. En outre, ils ne se tiennent debout que dans un équilibre instable et steppent en marchant. Tous ces troubles se sont développés en un an, puis une pause de cinq ans se fait dans l'évolution de la maladie. A l'âge de 11 ans, pour la jeune fille, sans cause provocatrice appréciable, l'atrophie se montre aux membres supérieurs; les mains se fatiguent si vite pendant l'exercice du piano que c'est la maîtresse qui s'aperçoit de la maladie, puis les éminences thénar s'amaigrissent, la griffe atrophique se constitue par l'extension permanente de la première phalange et la flexion des deux autres.

La contractilité faradique et galvanique a disparu aux membres inférieurs; aux membres supérieurs, elle persiste légèrement dans certains muscles, mais on observe la réaction de dégénérescence. M. Joffroy pense que la description de cette forme d'atrophie est assez nettement tranchée pour avoir droit à une place distincte en nosologie. Il fait allusion à la thèse récente de M. Brossard, qui contient trois observations d'atrophie héréditaire, mais dans lesquelles certains muscles de l'abdomen, les droits notamment, étaient pris ainsi que ceux des épaules; il existait des rétractions musculaires. Ces observations ne rentrent donc pas dans le groupe Charcot-Marie. Le traitement que M. Joffroy a institué pour ses malades a consisté dans l'électrisation, l'emploi de bains d'avant-bras très chauds biquotidiens, du massage. Pour le membre supérieur, il a appliqué un appareil orthopédique consistant en une planchette sur laquelle les

doigts étaient maintenus dans l'extension par une bande de caoutchouc. L'appareil était placé la nuit et enlevé au réveil. Le résultat a été des plus avantageux, puisque la jeune fille en est arrivée à pouvoir écrire assez pour suivre des cours et jouer du piano.

M. Cadet de Gassicourt connaît deux malades identiques à ceux dont M. Joffroy vient de parler. Atrophie ayant commencé par les extrémités inférieures, puis atteint les supérieures. Ce sont les deux frères à trois ans de distance; l'un des deux est tout à fait impotent, mais sa face est indemne. Le tronc n'est pas pris non plus. Le plus jeune des enfants ayant succombé à la diphthérie, l'autopsie a été faite, mais les pièces n'ont pu être encore examinées histologiquement. M. Cadet de Gassicourt conclut, comme M. Joffroy, qu'il existe une forme bizarre d'atrophie musculaire progressive inverse de la forme juvénile héréditaire de Duchenne à début par la face.

M. Joffroy se réjouit que l'autopsie ait pu être faite dans le cas de M. Cadet, car il n'en existe pas encore.

M. Hervieux regrette qu'on n'ait pas pu assigner une cause à cette atrophie. L'action familiale n'est pas uniquement admissible, puisque cette maladie est observée à l'état de cas isolés.

M. Joffroy : Dans certains cas, il y a indubitablement un type d'atrophie familiale; mais, dans d'autres, M. Charcot n'a pas trouvé de cause. Dans deux cas, les sujets avaient eu la scarlatine.

M. Troisier présente pour la troisième fois à la Société un sujet rachitique et gibbeux qui a été atteint de *monoplégie hystérique*. La paralysie s'est dissipée à la suite d'une violente colère; mais les stigmates de l'hystérie persistent sous forme d'anesthésie sensitive et sensorielle, de perte du sens musculaire, de rétrécissement du champ visuel. La question de simulation a été soulevée à propos de ce malade; mais M. Troisier ne croit pas qu'il y ait moyen de nier l'hystérie.

M. Bucquoy reconnaît ce malade pour l'avoir eu, il y a quelques mois, dans son service, il prétendait alors n'avoir jamais été dans un hôpital, se disait charretier et non cocher, et il avait déjà été considéré comme un simulateur dans le service de M. Vulpian.

M. Du Castel le connaît depuis plus longtemps encore; il l'a vu atteint d'une paraplégie incomplète et bizarre qui ne présentait pas les caractères de celle du mal de Pott à laquelle on eût pu penser d'abord en présence de sa gibbosité. Mais il eut, à quelque temps de là une congestion pulmonaire, qui ne pouvait être attribuée à la simulation, et que M. du Castel rapproche des congestions pulmonaires singulières que M. Debove a signalées chez les hystériques.

M. Troisier admet volontiers que ce malade est un farceur qui cherche à exploiter les médecins, mais cela ne l'empêche pas d'être un hystérique; ce désir de tromper et d'intriguer est bien dans les mœurs des hystériques.

M. Joffroy partage l'opinion de M. Troisier et rappelle qu'il existe chez ce malade un symptôme bien difficile à simuler, c'est l'anesthésie du pharynx qui permet de lui introduire le doigt jusque dans le larynx sans provoquer le moindre réflexe.

M. Chauffard annonce qu'il fera connaître prochainement un cas de monoplégie hystérique observé par lui dans la pratique urbaine, ce qui exclut toute simulation intéressée, et, dans ce cas, la paralysie s'est accompagnée d'une atrophie à la fois musculaire et osseuse.

M. Brault a eu aussi dans son service le malade présenté par M. Troisier; il a simulé aussi sa monoplégie pendant quelques jours, mais n'a pas tardé à être démasqué et expulsé.

M. Debove communique un cas d'hyperthermie hystérique. La jeune femme de 25 ans, dont l'observation a déjà été rapportée au mois de février 1885 par M. Debove, est d'une condition sociale à ne pas être soupçonnée de simuler. D'ailleurs, la tempé-

©BIU Santé

rature a toujours été prise par la religieuse qui la soigne, ou par M. Debove lui-même. Elle avait alors tous les huit ou dix jours un accès de fièvre qui faisait monter la température axillaire à 39° et 39°5.

En novembre dernier, la fièvre a pris le type continu sans exacerbation vespérale; la température axillaire était alors de 40°; en janvier, elle atteignit 41°2 et 41°3. Après avoir duré trois mois, cette fièvre s'est terminée par une convalescence presque instantanée, qui exclut l'idée qu'une hyperthermie si prolongée eût pu causer des altérations des viscères profonds. En présence d'un cas semblable, M. Debove se demande si l'on a raison d'attribuer à l'hyperthermie seule, au dehors de toute altération humorale, les désordres viscéraux des fièvres intenses et prolongées.

M. du Castel demande comment on était amené à prendre à certains jours la température de la malade, puisqu'elle n'avait aucun trouble de santé de nature à faire soupçonner l'existence de la fièvre.

M. Debove répond que la malade accusait un certain malaise, et que d'ailleurs le contact seul de sa peau permettait d'en apprécier la chaleur insolite.

M. Desnos, connaissant l'expérience de M. Debove en matière d'hystérie, ne doute pas qu'il ne se soit mis à l'abri de toute cause d'erreur et de toute supercherie analogue à celle qu'a signalée un jour M. du Castel à propos d'une hystérique qui faisait monter la colonne thermométrique à des températures extraordinaires en percutant d'une certaine façon le thermomètre. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois d'avril 1886.

Jeudi 1er avril. — M. Tourneux : De l'érysipèle cataménial. (Président, M. Cornil.) — M. Gandon : Contribution à l'étude de la rétraction des antagonistes dans les paralysies oculaires et de son traitement chirurgical. (Président, M. Duplay.)

Vendredi 2. — Pas de thèses.

Samedi 3. — M. Lernon : Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales. (Président : M. Le Fort.) — M. Bigo : Avantages du crin de Florence ou silk-wormgut des Anglais, comme fil de suture. (Président, M. Le Fort.) — M. Debrigode : Etude sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen. (Président, M. Laboulbène.) — M. Pardo de Tavera : Contribution à l'étude de la péri-arthrite du genou (affection de la bourse séreuse de la patte d'oie. (Président, M. Duplay.)

Lundi 5. — Pas de thèses.

Mardi 6. — M. Thoinot : Les eaux potables et le choléra en 1884. (Président, M. Brouardel.) — M. Mougène de Saint-Avid : Etude sur le chancre non infectant de l'utérus et ses rapporte avec le chancre mou du vagin. (Président, M Peter.)

Mercredi 7, jeudi 8 et vendredi 9. — Pas de thèses.

Samedi 10. — M. Reilhac : Drainage de l'utérus et de ses applications thérapeutiques. (Président, M. Grancher.) — M. Ganivet : Contribution à l'étude de la pneumonie épidémique. — Epidémie de pneumonie observée à l'hôpital de la marine à Lorient. (Président, M. Proust.)

Lundi 12 et mardi 13. — Pas de thèses.

Mercredi 14. — M. Charon : Etude sur le traitement des fractures du bras avec chevauchement des fragments. (Président, M. Trélat.) — M. Terpandros : Etude critique sur les opérations chirurgicales du ptosis paralytique. (Président, M. Trélat.)

Jeudi 15. — M. Thierry : Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles isolées dans le goître parenchymateux. (Président, M. Le Fort.) — M. Michel : De la grippe et de ses manifestations pulmonaires. (Président, M. Brouardel.) — M. Legris : Du sulfate de spartéine. (Président, M. Sée.) — M. Barancu : De la phlegmasie périutérine bénigne. (Président, M. Laboulbène.) — M. Manieri : Essai historique sur le délire des persécutions. (Président, M. Laboulbène.) — M. Capdeville :

Contribution à l'étude d'un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques (état ichtyosique). (Président, M. Charcot.) — M. Gilbert : Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. — Du cancer massif du foie. (Président, M. Hayem,)

Vendredi 16. — Pas de thèses.

Samedi 17. — M. Queyrat : Tuberculose infantile. (Président, M. Grancher.) — M. Lefebvre : Essai sur l'insuffisance aortique chez les enfants. (Président, M. Grancher.) — M. Vandiep : De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes (étude des convulsions et tremblements d'origine traumatique. (Président, M. Proust.)

FORMULAIRE

PILULES CARDIAQUES. — H. Huchard.

Benzoate de soude.....		
Caféine.....	âà	3 grammes.
Extrait de stigmates de maïs.....		
Huile essentielle d'anis.....		3 gouttes.

F. s. a. 60 pilules argentées. — Quatre par jour, à la première période des affections cardiaques. — N. G.

COURRIER

L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu le dimanche 2 mai, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

1° Rapport de la Commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du Président de l'Association ;

2° Installation et allocution du Président nouvellement élu ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du Conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général.

6° Première partie du rapport de M. Horteloup, sur les pensions viagères à accorder en 1886 ;

7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœux de M. Langlet, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885) ;

8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un ordre de médecins (vœux de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885).

A 7 heures, le banquet offert aux Présidents et Délégués des Sociétés locales, à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione.

Les médecins qui désirent prendre part au banquet peuvent souscrire directement, ou par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23. — Prix de la souscription, 20 francs.

NÉCROLOGIE. — Le docteur AUSTIN FLINT, emporté par une attaque d'apoplexie le 13 mars dernier, était un des plus remarquables représentants de la médecine aux Etats-Unis. Né en 1812 à Petersham, petite ville près de Boston, il fit ses études au célèbre « Harvard College », université américaine créée sur le modèle de celles d'Oxford et de Cambridge. Reçu docteur en 1833 ,il exerça la médecine, d'abord comme praticien, puis comme professeur, successivement à Boston, à Buffalo, à Chicago, à Louisville et à la Nouvelle-Orléans. En 1861, il fut nommé professeur de clinique médicale au collège, attaché à l'hôpital de Bellevue, la plus importante École de médecine de New-York, où il remplit ces fonctions avec la plus haute autorité jusqu'à sa mort.

A. Flint fut un des fondateurs de « l'American medical Association », société d'autant plus importante qu'elle exerça une influence considérable dans la réglementation et la législation des études et de la pratique médicale en Amérique, lesquelles étaient jusqu'alors dans l'anarchie la plus complète.

Flint suggéra à la première assemblée de l'Association médicale tenue à Philadelphie de proposer aux différents Etats de l'Union la création de lois facilitant les études anatomiques dans les diverses écoles de médecine, études rendues presque impossibles par la difficulté de se procurer des cadavres. Le succès couronna ses efforts.

En 1883, le docteur Flint fut élu président de l'Association ; enfin, c'était lui qui avait été nommé et qui avait accepté la présidence du Congrès international devant être réuni en 1887, à Washington. Nul n'était plus digne de cet honneur, ni plus apte à préparer le succès de cette réunion des médecins de l'univers entier.

Flint a beaucoup écrit ; on doit citer son « Essai sur la percussion et l'auscultation », son travail « Sur les bruits cardiaques physiologiques et pathologiques », qui valut à son auteur le prix de l'Association.

Le « Traité des principes et de la pratique médicale » de Flint a eu de nombreuses éditions. C'est un livre classique, aussi remarquable par le style que par l'érudition.

Flint, à l'exemple des professeurs Fordyce Barker, A. Sayre, Bigelow et Richardson, venait souvent en Europe ; il prit part aux Congrès de Londres et de Copenhague ; il devait même prononcer cette année-ci le discours d'ouverture de la section de médecine au Congrès britannique qui se réunira en août à Brighton. C'est dans toute l'activité de sa vie de savant, de professeur et de médecin que la mort est venue le frapper.

A cette nouvelle, on peut dire que le corps médical américain a pris le deuil, et nous rendons ici hommage à ce maître que nous avons eu le privilège de connaître personnellement et d'apprécier à sa haute valeur.

Dr DE VALCOURT,
Médecin à Cannes.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du jeudi 12 août au jeudi 19 août 1886 inclusivement, sous la présidence de M. Friedel, professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris.

Les personnes qui désireraient faire des communications au Congrès de Nancy sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter à M. le docteur C.-M. Gariel, secrétaire du Conseil de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris, ou à M. le docteur Stœber, secrétaire général du Comité local, 66, rue Stanislas, à Nancy.

— M. le docteur Le Dentu est nommé chirurgien du collège Rollin, en remplacement de M. le docteur Gillette, décédé.

— On nous prie d'annoncer que le délai de la remise des mémoires adressés pour les prix de l'Académie, en 1886, expire le 30 juin.

ENSEIGNEMENT LIBRE. — *Cours public sur la structure et les maladies du système nerveux.* — M. le docteur Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons le jeudi 6 mai, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. (Amphithéâtre du 2e étage.)

Le cours de cette année aura principalement pour objet la structure du cerveau et la paralysie générale.

CONFÉRENCES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. — Le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de thérapeutique le mercredi 5 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin, et les continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants à la même heure. — Il traitera cette année de l'hygiène thérapeutique. — Visite et interrogatoire au lit du malade tous les matins à neuf heures et demie.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Ch. Eloy : Du rôle de l'hérédité dans les névroses. — II. Bibliothèque : Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie. — III. Revue des Journaux : Tumeur anévrysmale de la poitrine. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Du rôle de l'hérédité dans les névroses (1).

Par le docteur Ch. Éloy.

III

Après ces preuves cliniques positives, voici des preuves expérimentales négatives.

Dans sa thèse d'agrégation, un des savants les plus distingués de notre temps, M. Lancereaux, a délimité fort heureusement le domaine de la médecine expérimentale. Il s'exprimait ainsi : « Ce que l'on reproduit n'est « pas toujours identique comme lésion et comme symptôme aux lésions « et aux symptômes de la maladie naturelle. C'est principalement dans les « maladies diathésiques et constitutionnelles que cette impuissance se « manifeste. » Comment pourrait-il en être autrement dans notre ignorance sur l'étiologie de ces maladies et notre impossibilité actuelle « de créer une condition spéciale : l'hérédité ? »

Objectera-t-on la transmission héréditaire de l'épilepsie expérimentale dans les mémorables recherches de M. Brown-Séquard? Rien de moins fondé. Sans doute, ce maître éminent a enseigné à reproduire l'attaque épileptiforme sur des cobayes préalablement soumis à un traumatisme médullaire; sans doute il a établi que, dans la lignée descendante de ces cobayes, il existe des animaux chez lesquels l'excitation de la zone épileptogène provoque héréditairement les mêmes effets; affirmera-t-on pour cela que l'expérimentateur fait naître le mal caduc proprement dit et qu'il a trouvé le secret de sa transmission héréditaire?

L'hérédité généalogique de certaines lésions provoquées est hors de doute et ici hors de cause, car on ne saurait comparer l'hérédité des névroses, maladies sans lésions, à l'hérédité des altérations de l'œil, de l'oreille ou de la peau dans ces familles de cobayes observés pendant des années au laboratoire de médecine du Collège de France. C'étaient là des difformités acquises par des traumatismes nettement déterminés et devenus héréditaires au même titre que ces difformités de famille dont la pathologie humaine possède des exemples.

Tel serait l'argument que la médecine expérimentale fournirait tout au plus dans ce débat. Il est bien précaire; ce dont on ne doit pas s'étonner, puisque l'expérimentateur reproduit seulement des maladies dont il gouverne les causes; en d'autres termes, des maladies dont les causes sont saisissables : les maladies à microbes et les maladies infectieuses.

Pour obtenir expérimentalement la transmission héréditaire des névroses, il faudrait être maître de l'état général, connaître les conditions biologiques spéciales auxquelles Claude Bernard essayait de rattacher les idiosyncrasies, et modifier les propriétés physiologiques des systèmes organiques dont vraisemblablement ces altérations constituent les

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

états diathésiques. L'observation expérimentale n'a pu encore découvrir toutes ces inconnues, et c'est là vraisemblablement le motif pour lequel « les affections à lente évolution lui échappent le plus souvent », comme M. Charcot le faisait remarquer en 1867 dans ses leçons cliniques.

Impuissance actuelle d'imiter la névrose, impuissance d'imiter la diathèse; n'est-ce pas là une autre ressemblance entre ces états morbides? N'est-ce pas là encore un motif pour se ranger à l'avis des cliniciens qui admettent la juxtaposition ou la superposition des diathèses aux névroses et la *famille neuro-diathésique ?*

IV

Ce n'est pas tout. Ces considérations de pathogénie ont une sanction pratique. Mieux armé contre la diathèse que contre la névrose, le médecin a quelques chances de modifier les états constitutionnels. A défaut de spécifiques, il dispose, en effet, de médications assez variées. M. Grasset avait donc bien raison dans sa récente protestation contre l'indigence thérapeutique des derniers travaux sur les maladies nerveuses. Cette abstention est un acte de nihilisme médical et l'abdication volontaire du praticien.

Ici, cette conduite paraîtrait d'autant plus injustifiable que, s'il est bien de combattre l'accident actuel, simple manifestation symptomatique, il est mieux, puisqu'on en a partiellement le pouvoir, de lutter contre l'état neuro-diathésique. C'est conclure à la fécondité de la théorie de l'hérédité neuro-diathésique des névroses sur le terrain doctrinal comme sur le terrain clinique; c'est encore conclure que partout et avant tout elle reste une théorie pratique.

V

Dans cette revue, j'ai interrogé de préférence la première édition du *Traité des névroses*. J'ai voulu ainsi puiser à une source désintéressée, chercher la pensée d'un professeur, si justement aimé, et m'inspirer d'une œuvre qui aura bientôt reçu la consécration d'un quart de siècle. Je pourrais citer les noms de ceux qui, après lui, ont continué d'explorer à la fois et le champ de l'hérédité morbide et celui de toutes les maladies nerveuses. En omettant de le faire, je n'entends pas méconnaître leurs travaux; j'espère plutôt éviter le reproche trop souvent fondé de ne citer que les vivants dans un temps où les morts sont si tôt oubliés.

Au reste, la notion de l'hérédité dans les névroses remonte aux origines de la médecine; elle n'est pas la propriété d'une individualité ou d'une école. En la traitant incidemment, Axenfeld, qui savait si bien donner l'exemple de la probité et de la modestie scientifiques en rendant scrupuleusement hommage aux labeurs du passé, enregistrait les faits et leur prêtait l'éclat de son brillant enseignement. Faut-il lui reprocher de n'être pas allé au delà? Non, car livre d'enseignement plutôt que de controverse, le *Traité des névroses* ne se prêtait guère aux démonstrations de longue haleine. Ecrivain, professeur, clinicien, son auteur poursuivait surtout le but de jeter la semence d'idées justes et fécondes.

A-t-il réussi dans cette œuvre d'initiateur? Le présent le prouve. La moisson a été fertile, mais le semeur n'est plus là pour en récolter les fruits. Le vaillant ouvrier n'a pas eu le profit de son œuvre; qu'il en conserve au moins l'honneur!

BIBLIOTHÈQUE

DU REFROIDISSEMENT DANS LA PATHOGÉNIE DE LA PNEUMONIE, par le docteur LAGOUT (d'Aigueperse). — Paris, Alcan-Lévy, 1886.

Notre distingué confrère a attaché son nom à une des théories pathogéniques de la pneumonie; ses premières communications aux Sociétés savantes sur ce sujet n'ont été oubliées de personne. Aujourd'hui il nous donne, dans un intéressant travail d'ensemble, le résumé de ses études antérieures. « Je considère, dit-il, comme une grave et atale erreur clinique d'admettre une unicité infectieuse dans la pneumonie, comme Jurgensen le proclame à Berlin; ou une protopathie organique, comme notre Ecole de Paris nous l'a enseigné longtemps; ou une fièvre à localisation pulmonaire, comme l'Ecole de Montpellier l'enseigne encore. Le poumon est un organe important de l'économie, sur lequel peut s'implanter un principe morbide quelconque qui en provoquera l'inflammation, laquelle dépendra, dans son intensité, dans son évolution, dans sa terminaison, de la nature plus ou moins nocive ou toxique de l'élément morbide qui lui a donné naissance. Cette idée mère de la spécificité du principe morbide que j'ai puisée dans les leçons de Trousseau a servi de base à toutes mes observations cliniques. » M. Lagout se recommande aussi des idées exposées par Gubler dans son mémoire sur l'herpès guttural, relativement à la recherche de l'unité morbide, comparable à l'espèce botanique; il fait appel également à l'opinion de Noël Gueneau de Mussy, qui, à propos de la coqueluche, critique la banalité avec laquelle certains pathologistes semblent décrire uniformément les inflammations de toutes les muqueuses, indépendamment du principe morbide qui en est la cause. « L'herpès, l'érysipèle, le rhumatisme, la rougeole, l'élément catarrhal, paludéen, etc., les plus opposés par leur nature, peuvent occasionner des altérations semblables au poumon, comme ils peuvent léser la peau, la gorge, les bronches. »

M. Lagout admet donc une première espèce de pneumonie, la *pneumonie herpétique*, dans la genèse de laquelle le *refroidissement* acquiert une valeur capitale. La conséquence directe « du refroidissement très manifestement ressenti par un sujet qui a surexcité sa chaleur animale par un exercice violent et exceptionnel, le milieu ambiant restant le même », peut être « la *formation* dans l'économie du germe herpès..., c'est-à-dire de la variété du genre herpès qui se forme sous cette influence, la variété herpès labialis de Bateman, herpès facialis de Hebra, herpès fébrile de Hardy et non pas la variété zona que, d'après M. Lagout, Gibert a eu tort d'attribuer à la suppression brusque de la transpiration. Ce principe morbide herpès, une fois formé au sein de l'économie, n'est jamais transmissible, ni contagieux. Pourtant, comme les fièvres éruptives, il a une période d'incubation de quarante huit heures environ, puis la période d'élimination s'annonce par un frisson intense. Pendant la fièvre d'élimination, qui n'a rien de spécifique et est la même pour tous les produits morbides à éliminer, le produit morbide peut faire éruption prématurément sur une membrane muqueuse, la rougeole aux bronches, la scarlatine à la gorge, l'herpès aux amygdales (angine herpétique); mais le caractère vraiment original et spécifique de l'herpès, c'est de faire éruption prématurée au poumon, d'y constituer une des pneumonies les plus franches que nous puissions observer, sans modifier en rien la loi de son évolution, qui doit se terminer aux lèvres. Ainsi, le refroidissement dans des conditions de suréchauffement est la cause de l'herpès, mais il ne le sera de la pneumonie qu'autant que, dans son évolution, l'herpès fera étape au poumon.

Au nombre des pneumonies spécifiques se trouvent celles qui dépendent de *l'érysipèle* (pneumonie des vieillards, pneumonie adynamique des adultes). Le refroidissement ne joue pas son rôle dans la pathogénie de celle-ci. Leur gravité est grande, en raison de la tendance de l'érysipèle à occasionner le phlegmon ou l'hépatisation grise Pour celle-ci, M. Lagout admet que la cause première peut être le microbe spécifique de l'érysipèle.

M. Lagout examine ensuite les relations de l'état de parturition avec l'herpès et l'éry

sipèle. Il pense que c'est à ce dernier, comme aussi à la rougeole et à la miliaire, que sont attribuables beaucoup des accidents qui frappent les femmes en couches.

Après avoir discuté les opinions de MM. Hardy, Sée, Fernet sur la nature de la pneumonie, M. Lagout conclut :

« En résumé, le professeur de la Charité enseigne que la pneumonie est le type des phlegmasies locales franches ; le professeur de l'Hôtel-Dieu, que c'est une maladie locale parasitaire ; et demain, lorsque l'agrégé Ch. Fernet occupera une chaire, il enseignera que c'est un zona du poumon.

« Ma *conclusion* est toute différente : il n'y a pas de *pneumonies franches, fibrineuses, légitimes, essentielles*, dans le sens d'une classification nosologique ; ce qui nous a été désigné sous ce nom est une *maladie générale* éruptive ou diathésique, qui résultera de la formation spontanée ou de la transmission d'un des multiples principes morbides, que l'observation clinique nous a très nettement spécifiés et qui évolueront au poumon.

« Ces expressions de franches, légitimes, etc., ne font que voiler notre ignorance à l'endroit du principe morbide.

« Une pneumonie étant donnée, le progrès scientifique exige que nous fassions précéder ou suivre la désignation de l'organe, poumon, par le nom du principe morbide, cause de la phlegmasie : érysipèle au poumon ou pneumonie érysipélateuse, etc. ; et à l'expression solitaire de pneumonie, c'est avec la légitime conviction que je répondrai *laquelle ?* C'est mon *delenda Carthago*.

« J'ai apporté ma contribution à définir l'espèce nosologique qui peut déterminer une pneumonie, par l'étude de l'herpès, et démontré que ce principe morbide est bien un de ceux qui, évoluant au poumon, y provoquent une de ces pneumonies comprises avant, sous le nom peu scientifique de franches, légitimes. Pour moi, l'herpès n'est plus à discuter, et sa classification dans le cadre des éléments morbides spécifiques est à *professer*. » — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Tumeur anévrysmale de la poitrine. Amélioration notable, sinon guérison sous l'influence d'un traitement purement médical, par Everard Home Saunders, chirurgien de la marine royale anglaise. — Les succès sérieux obtenus dans le traitement des anévrysmes par les moyens internes sont si rares qu'on ne peut manquer de lire avec intérêt l'observation suivante :

« Observation. — William F..., âgé de 53 ans, pensionnaire de la marine après vingt-quatre ans de service actif, doué d'une bonne constitution, avait subi, dans un accident, une contusion violente de la hanche gauche, de l'épaule droite, de la poitrine, et la fracture des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur. Trois ans après, en janvier 1885, il ressentit pour la première fois une douleur qui avait son siège au niveau du sommet du poumon droit et qui s'accompagna d'une légère toux et d'une expectoration bronchique. Mais ces symptômes se dissipèrent promptement, et il reprit ses occupations habituelles, celles d'ouvrier journalier. Cependant, dans le mois de mai suivant, il avait une toux laryngienne, des étourdissements, et il ressentait une douleur rongeante qui s'étendait sur le côté droit de la poitrine jusqu'à l'omoplate et sur l'articulation scapulo-humérale droite, et qui irradiait en haut le long du cou, de la face et de la tempe droite. Il ne pouvait ni rester couché, ni dormir à cause de la douleur et d'une sensation de suffocation imminente ; le plus léger mouvement était pénible. Il n'accusait point de dysphagie ; son bras droit ne présentait ni engourdissement ou fourmillement, ni tuméfaction ou œdème. Il n'avait jamais craché de sang.

« L'examen du malade donna les renseignements suivants : saillie anormale au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite ; matité s'étendant, de haut en bas, de la clavicule au bord supérieur de la troisième côte, latéralement, du bord gauche du sternum, dans une étendue de deux pouces anglais et demi, vers l'articulation de l'épaule droite ; pulsation visible dans la région sous-claviculaire droite et tumeur pulsatile de forme arrondie derrière l'articulation sterno-claviculaire de ce côté ; pupille droite plus

dilatée que la gauche; pouls radial du côté droit moins marqué et plus faible que celui du côté gauche; traces de congestion cutanée sur la partie la plus saillante de la tumeur; pas de bruit morbide; bruits du cœur normaux; pas de dilatation des veines superficielles.

« Les symptômes s'aggravant, la douleur devenant de plus en plus vive, le malade, qui ne pouvait rester couché ni obtenir le sommeil, fut admis à l'hôpital ROYAL-ALBERT, à Londres. Traitement : repos au lit, alimentation aussi réduite que possible, en d'autres termes, traitement de valsalva modifié, injections sous-cutanées de morphine pour diminuer les douleurs atroces et procurer du sommeil, administration de l'iodure de potassium jusqu'à quinze grains anglais, trois fois par jour. Le malade ne voulant subir aucune opération, et son lit étant réclamé, sortit de l'hôpital le 30 juin 1885.

« Bien qu'aucune modification n'ait été appréciable, soit dans la tumeur, doit dans les symptômes, pendant le séjour du malade à l'hôpital, il s'est fait une amélioration rapide à partir de sa sortir. Le traitement par l'iodure de potassium a été continué. »

L'auteur, au moment où il écrit (mars 1886), en raison des conditions actuelles de la tumeur, et de la diminution de son volume, considère la guérison radicale spontanée comme probable. Il se demande si la stratification des couches sanguines a commencé à l'hôpital, si elle a été l'effet du régime restreint, si l'administration de l'iodure de potassium, à qui, dit-il, on accorde maintenant la propriété d'augmenter la faculté de coagulation du sang, y a été pour quelque chose, si elle n'est pas le résultat de ces diverses influences combinées. En tout cas, ajoute-t-il en terminant, ce fait prouve que, dans certaines conditions favorables, on peut, dans le traitement des anévrysmes thoraciques, obtenir parfois un amendement considérable, sinon une cure définitive, sans l'intervention chirurgicale, qui n'est qu'une dernière ressource et est presque toujours suivie de la mort. (*The Lancet*, 27 mars 1886. — Voir l'article de M. le docteur Duroziez, *premier cas de l'emploi de l'iodure de potassium dans les anévrysmes*, dans l'UNION MÉDICALE, 30 mars 1886.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 avril 1886. — Présidence de M. BLANCHARD.

La présidence de M. Blanchard veut dire que ni M. le président, ni M. le vice-président n'étaient à leur poste. La plupart des académiciens n'y étaient pas non plus. Et voilà ce que c'est que les changements d'habitudes. Autant vaudrait supprimer les séances irrégulières. Seul, du bureau, M. Bertrand occupait son fauteuil.

M. CHARPENTIER adresse une note sur la propagation des ondes lumineuses aux zones rétiniennes non directement excitées.

M. le docteur SANDRAS demande : Comment peut-on tendre ou détendre les cordes vocales? Et il répond : « Aussi facilement que les cordes d'un violon, en faisant aspirer d'une certaine manière des vapeurs térébenthinées. »

Après lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée son élection, M. CHAUVEAU, sur l'invitation de M. le président, prend place parmi ses confrères.

M. PASTEUR dépose sur le bureau, de la part de MM. Guillon et Dufour, un travail relatif à la sécrétion anormale des matières azotées par les levûres et les moisissures. Il y a des levûres qui ne peuvent faire fermenter le sucre parce que le sucre ne fermente qu'à la suite d'une inversion qui lui imprime une façon d'être particulière. La levûre de bière qui possède le ferment inversible, détermine rapidement la fermentation du sucre, et il suffit d'en ajouter une petite quantité aux levûres qui n'en ont pas, pour que la fermentation s'établisse.

M. PASTEUR présente, au nom de M. Duclaux, la 2e édition d'un livre qui, sous le titre

©BIU Santé

de : *Ferments et maladies*, a eu un grand succès. La 2e édition refondue et, contrairement à l'usage, diminuée, est intitulée : *Le microbe et la maladie*.

Nous mettons sous les yeux du lecteur le texte de la note intéressante de MM. Duguet et Héricourt, dont nous avons dit un mot dans notre précédent bulletin :

Sur la nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène.

« A l'occasion de trois observations de malades ayant succombé à des tuberculoses à marche rapide, et dans les organes desquels ni les bacilles ni les zooglées, qui ont été décrits comme étant les micro-organismes pathogènes de cette maladie, n'ont pu être retrouvés, malgré des examens longtemps poursuivis, nous avons entrepris une série de recherches et d'expériences qui nous ont donné les résultats suivants :

« Les coupes des organes tuberculeux, traitées par des solutions de potasse à divers degrés de concentration, depuis 10 jusqu'à 40 pour 100, se montrent toujours infiltrées, au niveau et au voisinage des tubercules, de granulations fines, de grosses spores et de rameaux mycéliens plus ou moins fragmentés, semblables aux différentes formes du parasite mycosique, le *microsporon furfur*, dont étaient couverts deux des malades qui ont servi de point de départ à nos recherches.

« La présen ce de ces éléments mycosiques est bien plus constante que celle des bacilles tuberculeux. Ils ne font, en effet, défaut dans aucune granulation tuberculeuse, et on les trouve dans les masses caséeuses des poumons qui souvent, pour une cause ignorée, se montrent sans bacilles, au milieu d'autres masses où ceux-ci foisonnent.

« Ces éléments sont bien visibles et reconnaissables à de faibles grossissements, surtout sous la forme mycélienne, dont les rameaux, parfois fort étendus et semblables à des cheveux, mais ramifiés et articulés, cheminent dans les alvéoles pulmonaires, où ils ont toujours dû être vus et pris pour des corps étrangers accidentels de préparation. Le grossissement qui convient le mieux à leur examen est celui de 350 diamètres.

« Ils foisonnent dans l'expectoration des phthisiques, où les bacilles tuberculeux sont également très nombreux; mais dans les crachats d'individus cliniquement tuberculeux, où l'on ne rencontre pas encore de bacilles, on trouve déjà des spores et du mycélium. Pour les bien mettre en évidence, il suffit de traiter les crachats par une lessive de potasse.

« Des cultures de *microsporon furfur*, injectées à des cobayes et à des lapins, ont rendu ces animaux tuberculeux sans exception.

« De plus, un lapin qui avait été soumis à des insufflations trachéales de crasse pityriasique avait, quinze jours après l'opération, les poumons complètement infiltrés de tubercules miliaires, avec généralisation du processus au foie et aux reins.

« Les cultures du *microsporon furfur*, celles des tubercules humains bacillaires ou non bacillaires et de l'expectoration des phthisiques, celles enfin des tubercules expérimentaux d'origine microsporique ou pityriasique, ont absolument les mêmes caractères.

« L'observation y distingue deux parties : l'une, qui occupe le fond des tubes, est formée de spores et de mycélium, celui-ci parfois en désagrégation granuleuse : c'est la partie anaérobie. L'autre, aérobie, se développe à la surface des bouillons de culture, sous la forme d'une membrane ondulée, résistante, blanche d'abord, puis devenant rosée en vieillissant, constituée par un feutrage de bacilles qui ont tous les caractères morphologiques et chimiques des bacilles tuberculeux tels qu'ils sont aujourd'hui classiquement décrits.

« Ces bacilles, qui se développent bien à une température constante de 32° à 37°C. et résistent à l'action décolorante de l'acide nitrique à 30 pour 100 quand ils ont été colorés selon le procédé d'Ehrlich, ne tardent pas à se résoudre en spores ovoïdes, qui ne peuvent plus s'imprégner des couleurs d'aniline.

« Ces spores tombent au fond des tubes à culture au moment où la membrane superficielle se désagrège, ce qui arrive vers le huitième jour. Elles paraissent alors se

contracter et augmenter de réfringence, et dasn cette forme de granulations redevenir le point de départ des spores et du mycélium du *microsporon furfur*.

« Le développement bacillaire se fait bien dans le lait et le bouillon de bœuf non salé, légèrement alcalinisé avec du carbonate de potasse. Si l'on acidifie légèrement les bouillons avec de l'acide lactique ou si la température tombe au-dessous de 30° ou monte au-dessus de 38°, on entrave complètement la formation des bacilles, et la végétation du *microsporon* se fait tout entière au fond des tubes, sous la forme de bourgeonnement des grosses spores mycosiques.

« Le bacille tuberculeux, tel qu'il a été décrit par M. Koch, ne serait donc qu'une forme micro-organique correspondant à l'une des phases de l'évolution du *microsporon furfur*, forme contingente dont le développement serait en rapport avec certaines conditions chimiques et thermiques des milieux de culture.

« Cette contingence explique un grand nombre de faits encore obscurs de l'histoire bactériologique de la tuberculose, notamment l'absence souvent constatée de bacilles dans les jeunes granulations miliaires des viscères autres que les poumons, surtout dans celles des ganglions lymphatiques et des testicules.

« La présence constante des éléments du *microsporon* dans tous ces tubercules montre le mécanisme de production de ces lésions sans bacilles.

« D'autre part, l'état de fines granulations par lesquelles passe le champignon, à deux périodes de son évolution, et qui est celui en lequel se résolvent toutes les vieilles cultures, donne toute leur valeur aux faits avancés par M. Toussaint, concernant la forme du contage de la tuberculose.

« Cet état explique également comment des expérimentateurs, MM. Malassez et Vignal, en inoculant des zooglées, forme sous laquelle les granulations peuvent se présenter, ont pu produire des tuberculoses bacillaires.

« Ces recherches nous paraissent de nature à faire prendre en considération les idées soutenues par différents auteurs, sur le polymorphisme des moisissures et des bactéries. Elles sont susceptibles d'être appliquées à d'autres maladies bacillaires, ainsi qu'aux maladies infectieuses pour lesquelles la recherche des bactéries pathogènes n'a encore donné que des résultats douteux.

« Enfin, elles nous paraissent susceptibles d'un certain nombre d'applications concernant la prophylaxie et la thérapeutique de la tuberculose, ainsi que l'atténuation de la virulence du parasite dont nous étudions en ce moment les conditions. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril. — Présidence de M Horteloup.

Sommaire : Présentation de pièce pathologique : Sarcome du fémur pris pour de l'ostéite juxta-épiphysaire, puis pour une tumeur vasculaire. — Rapports. — Coup de couteau ayant pénétré à travers l'échancrure sciatique jusqu'à l'utérus gravide et jusqu'au fœtus; lésion du sciatique; troubles trophiques. — Hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse. — Hernie crurale étranglée; opération; phlegmon gangréneux diffus amenant la mort en quelques heures. — Kyste hydatique du foie guéri par la simple ponction. — Décortication du doigt annulaire.

MM. Duplouy (de Rochefort), Gayet (de Lyon), Pamard (d'Avignon) et Louis Thomas (de Tours), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. Championnière, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Louis Thomas (de Tours), relative à une observation de tumeur vasculaire des os, présente une pièce pathologique provenant d'un enfant auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur qu'il avait prise pour une ostéomyélite et pour laquelle il avait proposé la trépanation de l'os.

Au premier coup de bistouri donné dans cette tumeur, il se produisit une hémorrhagie formidable qui fit croire à M. Championnière qu'il s'agissait d'un anévrysme des os et qui l'obligea à pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse. L'examen de la tumeur montra une poche kystique semblable à celle du malade dont M. Thomas a

communiqué l'observation. Toutefois, cette poche est partiellement entourée d'un os nouveau et contient un séquestre; il n'existe d'ailleurs aucun élément sarcomateux dans les parois, ce qui ramenait M. Championnière à l'idée de son diagnostic primitif: ostéo-myélite ou ostéite juxta-épiphysaire de la partie inférieure du fémur. Or, les suites de l'opération firent voir qu'il ne s'agissait ni d'une ostéite juxta-épiphysaire, ni d'une tumeur vasculaire ou anévrysme des os. En effet, l'enfant guérit rapidement de son opération, mais il succombait deux ou trois mois après à une récidive locale avec généralisation du sarcome.

M. L. Thomas fait observer que, dans le cas de M. Championnière, la nature sarcomateuse de la tumeur n'a été révélée que par la récidive locale et la généralisation du sarcome; dans le sien, au contraire, il y avait, à la face interne de la poche kystique, deux petites saillies dans lesquelles l'examen histologique fait par M. Latteux a montré les éléments du sarcome. M. Louis Thomas est donc conduit à considérer son observation comme un fait de transition entre les tumeurs dites vasculaires des os ne contenant pas d'éléments sarcomateux, bien que, comme dans le cas de M. Championnière, la récidive et la généralisation montrent leur nature sarcomateuse, et les vrais sarcomes.

M. Terrillon a recueilli, il y a deux ou trois ans, l'observation d'une jeune fille de 17 ans qui portait à l'extrémité inférieure du radius une tumeur pulsatile qui fut considérée comme un anévrysme de la radiale. Après l'avoir examinée avec attention, M. Terrillon conclut à un sarcome pulsatile. La malade ayant été endormie, il fit une incision exploratrice qui montra qu'il s'agissait bien réellement d'un sarcome. L'artère radiale, aplatie simplement par la tumeur, en était complètement indépendante. M. Terrillon pratiqua séance tenante l'amputation de l'avant-bras. L'examen de la pièce fit voir que la tumeur était constituée par l'extrémité inférieure du radius et avait seulement les apparences d'une poche anévrysmale. En réalité, c'était un ostéo-sarcome dans lequel l'élément sarcomateux, quoique peu abondant, n'était pas contestable. Cette jeune fille, opérée il y a deux ou trois ans, n'a pas éprouvé de récidive jusqu'à ce jour.

M. Championnière ne nie pas qu'il existe des cas de sarcome sans récidive, comme ceux qui ont été déjà cités dans la discussion par MM. Kirmisson et Marchand, mais ce sont là des faits exceptionnels, et, d'une manière générale, il y a lieu de considérer la récidive de ces tumeurs comme à peu près fatale.

— M. Berger fait une série de rapports sur diverses observations dont deux appartiennent à M. le docteur Dubar (de Lille). L'une de ces observations est un cas de luxation de la première phalange du pouce sur la deuxième, qui présenta des conditions insolites au double point de vue de ses caractères anatomiques et des difficultés de la réduction; l'autre est un exemple de périostite externe du fémur, chez un homme de 52 ans, périostite qui, méconnue, fut prise, à cause de la gravité des phénomènes généraux, pour une tuberculisation pulmonaire. Après quatre mois de durée, l'intervention chirurgicale, en provoquant l'évacuation d'une collection purulente contenant plus d'un litre de pus, amena la guérison complète dans l'espace de trois mois, une troisième observation au sujet de laquelle M. Berger a été chargé de faire un rapport, appartient à M. le docteur Guelliot, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Il s'agit d'une femme enceinte de huit mois environ, et qui, dans une querelle avec son mari, reçut de celui-ci, dans la fesse gauche, un coup de couteau violent à la suite duquel se produisit un écoulement très abondant de sang ou d'un liquide sanguinolent (2 litres et demi) (?) qui s'arrêta du reste spontanément.

Douze heures après l'accident, la femme était prise de douleurs et accouchait d'un enfant mort.

M. Guelliot, appelé quelques heures après l'accouchement, constate l'existence, dans la région fessière gauche, d'une plaie de 3 centimètres environ de largeur, à trois travers de doigt au-dessus de l'ischion, à 10 centimètres du bord postérieur du grand trochanter et à 12 centimètres de la ligne médiane.

L'enfant est présenté à M. Guelliot par la sage-femme qui avait présidé à l'accouchement. Il porte sur le pariétal gauche, au voisinage de la suture médiane, une incision nette pénétrant jusqu'à l'os; cette plaie avait été constatée par la sage-femme au moment même de l'accouchement.

On devait donc supposer que l'instrument tranchant, après avoir traversé l'échancrure sciatique, avait pénétré jusqu'à l'utérus et jusqu'à la tête de l'enfant.

Les suites de couches furent normales et la plaie de la fesse se cicatrisa assez rapidement; mais il persista de l'engourdissement avec insensibilité du pied et un œdème mollasse donnant la sensation du lipome mou.

En reproduisant sur le cadavre le trajet supposé du couteau à travers l'échancrure sciatique (c'était un long couteau assez analogue aux grands couteaux à amputation), M. Guelliot a vu la pointe atteindre le segment inférieur de l'utérus en longeant la base du ligament large, lésant les nerfs et les vaisseaux de la région fessière, sans toucher au rectum, à la vessie, ni au péritoine.

M. Guelliot appelle l'attention sur les points principaux de son observation, savoir : la possibilité d'atteindre l'utérus gravide et même le fœtus par l'échancrure sciatique; l'innocuité du traumatisme, l'absence de lésions ou tout au moins de complications graves du côté des vaisseaux; la section incomplète du sciatique; les phénomènes de sensibilité récurrente et les troubles trophiques consécutifs.

— M. Duplouy (de Rochefort) communique une observation d'*hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse*, pour laquelle il a été conduit à retrancher l'avant-pied chez une enfant de 5 ans.

La petite fille, fort bien constituée du reste, appartient à des parents sains et robustes. Dès la naissance, on s'aperçut que le pied gauche était plus volumineux que l'autre et que les trois premiers orteils dépassaient de beaucoup le volume ordinaire. La disposition resta sensiblement la même jusqu'à l'âge de quinze mois, puis elle s'accusa plus fortement dès les premiers essais de marche et dès lors elle ne fit que s'accroître ; l'avant-pied s'est transformé en une sorte de massue de laquelle émergent en avant le gros orteil, puis le deuxième et le troisième très volumineux, déformés et contournés, presque accolés entre eux et séparés du premier par une surface arrondie. Du côté de la face plantaire se voit un énorme coussinet graisseux; les deux derniers orteils atrophiés, filiformes, ont été rejetés sur le dos du pied par le refoulement progressif de la masse lipomateuse.

La marche étant rendue à peu près impossible par cette déformation, M. Duplouy a pratiqué la désarticulation tarso-métatarsienne, opération qui n'a rien présenté de particulier. Il a constaté que les vaisseaux et les nerfs étaient normaux, sauf un peu d'augmentation de volume de l'artère pédieuse et du nerf plantaire interne. La plaie de l'opération s'est rapidement cicatrisée, puisque l'enfant, opérée le 7 avril, était guérie le 25.

M. Trélat rappelle que, dans un travail qu'il a publié en 1871, avec la collaboration de M. Monod, il a démontré l'origine veineuse de ces malformations congénitales qui peuvent atteindre tout un membre ou une fraction plus ou moins considérable d'un membre, ou se limiter à une très petite partie comme un doigt ou un orteil. Dans certains cas, l'élément veineux disparaît et il ne reste que de la graisse, ce qui peut faire croire à l'existence d'un simple lipome. Suivant M. Trélat, le cas de M. Duplouy ne saurait être rangé dans la catégorie des tumeurs lipomateuses; ce serait plutôt une lipomatose congénitale d'origine télangiectasique du membre inférieur.

M. Polaillon a opéré, il y a quelques années, une de ces tumeurs chez un homme de 40 ans ; elle avait son siège sur le dos du pied ; il croyait avoir affaire à un sarcome; l'examen démontra qu'il s'agissait d'un lipome. Ces hypertrophies télangiectasiques se développent pendant la vie intra-utérine ; elles sont congénitales, mais, contrairement à l'opinion de M. Trélat, M. Polaillon pense que leur siège habituel n'est pas dans le tissu veineux, mais dans les capillaires. Ces tumeurs s'infiltrent de graisse et deviennent alors lipomateuses, prenant généralement à la puberté un développement énorme. Si

en les opérant on ne prend pas le soin de les enlever dans leur totalité, leur portion restante s'hypertrophie et reproduit la tumeur.

M. Gayet (de Lyon) rappelle qu'en 1865 il avait adressé à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel il avait réuni un certain nombre d'observations de ces sortes de tumeurs. Ce mémoire dont M. Verneuil avait été nommé rapporteur, fut malheureusement égaré. Il contenait plusieurs observations de ces malformations des os et des articulations analogues au cas de M. Duplay. Chez quelques-uns des malades, le pied était devenu flasque et flottant comme un pied de polichinelle. Chez quelques autres cette hypertrophie avait son siège à la face. Deux de ces malades sont morts de sarcome.

M. Terrillon a lu dans un journal anglais le compte rendu d'une séance de la Société médico-chirurgicale de Londres dans laquelle il a été fait une communication relative à ces tumeurs congénitales du pied, tumeurs purement graisseuses, en connexion intime avec les os et que l'auteur divise en deux catégories : 1° les tumeurs encapsulées, 2° les tumeurs non encapsulées.

— M. Pamard (d'Avignon) communique une observation intitulée : *Hernie crurale étranglée, opération, phlegmon gangréneux diffus amenant la mort en quelques heures.*

Le sujet de cette observation est un cultivateur âgé de 53 ans, grand, sec et vigoureux, non alcoolique, portant une hernie crurale du côté droit, irréductible, laquelle est étranglée depuis vingt-quatre heures.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Pamard fait, après chloroformisation, quelques tentatives de taxis qui demeurent sans résultat. Séance tenante, il pratique l'opération en ayant soin de prendre toutes les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Après ouverture du sac et débridement de l'anneau crural, le chirurgien constate que l'anse intestinale étranglée est fortement congestionnée, mais qu'elle ne présente aucune altération ni perforation, ni sillon de constriction. Il la réduit après l'avoir lavée plusieurs fois à l'eau phéniquée forte.

Sur la face interne du sac existent trois ou quatre vésicules ayant les dimensions de petites lentilles contenant de la sérosité noirâtre. Le sac est aussi lavé à plusieurs reprises avec l'eau phéniquée forte et chaude; une portion du sac est excisé; le reste est fermé par une suture profonde qui le réunit en même temps au pourtour de l'anneau; un drain est placé au-dessus; la plaie cutanée est réunie par une suture entrecoupée; pansement de Lister rigoureux.

Après une journée passée sans fièvre, le malade éprouve tout à coup sans cause appréciable, du côté de la plaie, une douleur vive avec tension; le pouls s'accélère et la température s'élève à 40°. Tous ces phénomènes augmentent rapidement d'intensité et le malade succombe quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie on constate un gonflement s'étendant à la cuisse droite et à l'abdomen jusqu'à la paroi thoracique; la peau a une teinte rouge, brunâtre et crépite à la pression; des tissus sectionnés ainsi que de la plaie opératoire s'écoule un liquide brun d'où s'échappent des bulles de gaz. Le péritoine est sain; l'anse réduite est facilement reconnaissable; elle est perméable et ses parois ne sont nullement altérées.

Il s'agit donc là d'un cas de septicémie aiguë, d'auto-inoculation à marche foudroyante. M. Pamard pense que l'agent infectant a été certainement le liquide contenu dans les vésicules observées à la paroi interne du sac. Dans un cas semblable, il n'hésiterait pas à les détruire par le fer rouge.

— M. Polaillon présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un kyste hydatique du foie de moyen volume par la simple ponction avec un gros trocart laissé en place de manière à provoquer des adhérences, puis remplacé par un gros drain à l'aide duquel on a pratiqué des lavages antiseptiques et favorisé l'évacuation des hydatides. Le malade opéré en novembre était complètement guéri dans les premiers jours d'avril.

— M. Louis Thomas (de Tours) communique une observation de *décortication du doigt annulaire.*

M. X..., rentrant chez lui un soir et trouvant sa porte fermée, escalade une porte surmontée par des fers de lance et, saisissant de chaque main un de ces fers de lance, se laisse glisser du côté opposé. Mais la pointe d'un des fers de lance s'engage sous l'anneau que M. X... porte au doigt annulaire gauche. Il reste un instant suspendu, puis tombe à terre ayant éprouvé au niveau du doigt une douleur modérée, la sensation d'une simple écorchure. Rentré dans son appartement, il constate que son doigt est complètement dénudé depuis sa racine jusqu'à son extrémité.

M. Thomas voit le blessé une heure et demie environ après l'accident et trouve le doigt annulaire dans l'état suivant : la peau est divisée circulairement comme par un instrument tranchant au niveau de la racine du doigt ; dans toute son étendue, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont enlevés ; le doigt est réduit au squelette et aux tendons recouverts de leurs gaines aponévrotiques, parfaitement intacts d'ailleurs et jouissant de tous leurs mouvements.

Les téguments du doigt surmontant l'anneau, ayant été retrouvés absolument intacts comme un véritable doigt de gant coupé à sa racine, furent lavés, ainsi que le doigt lui-même, avec une solution phéniquée au centième, puis le doigt fut introduit dans sa gaine cutanée et celle-ci fut fixée par deux points de suture, l'un antérieur, l'autre postérieur. Pansement à la poudre et à la gaze iodoformées, renouvelé tous les cinq jours. Au bout d'un mois, un sillon d'élimination apparaît au niveau de la partie moyenne de la deuxième phalange où existent des bourgeons charnus surmontés par la gaine cutanée noire et sphacélée et le squelette dénudé.

D'un coup de pince de Liston, M. Thomas pratique l'ablation de la partie mortifiée du doigt. La cicatrisation s'opère ensuite rapidement, mais il reste encore aujourd'hui, 3 avril, à l'extrémité du moignon une pointe osseuse nécrosée qui n'est pas détachée. Cette greffe cutanée, malgré les conditions les plus défavorables, a donc réussi partiellement. Le blessé a guéri avec une mutilation moindre que si la peau n'avait pas été réappliquée et, à plus forte raison, que si, renonçant à toute tentative de conservation, on eût amputé le doigt au moment de l'accident. — A. T.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉS CONTRE LES CONJONCTIVITES GRANULEUSES ET PUSTULEUSES. — De Graefe et de Wecker.

Glycéré d'amidon.....	4 grammes.
Sulfate de cuivre.....	0 gr. 10 centigr.

Mêlez. — De Graefe conseillait ce liniment dans le cas de conjonctivite granuleuse. — Pour combattre la conjonctivite pustuleuse, de Wecker recommande le mélange suivant :

Glycéré d'amidon.....	8 grammes.
Bioxyde de mercure précipité (oxyde jaune)...	1 gramme. — N. G.

COURRIER

HÔPITAL BICHAT. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ces leçons, à l'hôpital Bichat, le *dimanche 9 mai, à neuf heures et demie du matin*, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Les quatre premières leçons seront consacrées : 1° *aux indications thérapeutiques en général;* 2° *à l'angine de poitrine et à son traitement*, avec présentation de pièces anatomiques (leçon du 16 mai); 3° *à la spectroscopie appliquée à la clinique*, par M. le docteur Hénocque (leçon du 23 mai); 4° au *diagnostic et au traitement des névroses cardiaques* (leçon du 30 mai).

©BIU Santé

— M. le Président de la République a reçu, le 5 avril, le Président et le Secrétaire général du Congrès international d'hydrologie et de climatologie qui doit s'ouvrir à Biarritz le 1er octobre prochain. M. Grévy, après avoir écouté avec une grande attention les détails qui lui ont été donnés sur l'organisation du Congrès, a assuré ces Messieurs de son concours le plus sympathique.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 avril 1886, la composition du conseil de perfectionnement des écoles vétérinaires, institué par l'arrêté du 20 février dernier, a été ainsi déterminée :

Le ministre de l'agriculture, président.

M. Hervé Mangon (de l'Institut), vice-président.

MM. Pasteur (de l'Institut) ; Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Tisserand, directeur de l'agriculture ; de Cormette, directeur des haras ; Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires ; Leblond, inspecteur général des services sanitaires des animaux domestiques ; Rister, directeur de l'Institut agronomique ; Lavalard, membre du conseil supérieur de l'agriculture ; Capon, vétérinaire principal ; Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon ; Baillet, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse ; C. Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Quivogne, vétérinaire à Lyon ; Guittard, vétérinaire à Astoffort ; Larmel, vétérinaire à Besançon.

Concours de l'adjuvat — Le jury du Concours de l'adjuvat, qui s'ouvrira le lundi 10 mai, à midi et demi, est composé ainsi qu'il suit : MM. Sappey et Farabeuf, juges de droit ; Lannelongue et Panas, professeurs, juges titulaires désignés par le sort ; Béclard et....., professeurs, juges suppléants ; Regnier, agrégé, juge titulaire ; Richelot, agrégé, juge suppléant.

L'Exposition d'hygiène urbaine. — L'Exposition a un caractère absolument scientifique et technique. Parmi les exposants inscrits figurent les villes de Paris, du Havre, de Reims, de Nancy, de Pau, de Bruxelles, etc., la préfecture de police, le laboratoire municipal, l'Assistance publique, le laboratoire de M. Pasteur, etc. Des conférences sur divers sujets d'hygiène seront faites pendant la durée de l'Exposition, qui est ouverte depuis le lundi 3 mai.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28. Ils remettront à l'appui de leur demande leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouveault est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Combes, démissionnaire.

École de médecine d'Alger. — Mme Fumat est nommée aide d'anatomie en remplacement de M. Labbé, dont la délégation est expirée.

M. Labbé est nommé prosecteur, en remplacement de M. Castelli, dont la délégation est expirée.

Hôpital des Enfants, rue de Sèvres, 149. — M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de clinique infantile le vendredi 7 mai, à l'amphithéâtre, à dix heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Examen des malades à neuf heures, salles Saint-Augustin et Saint-Ferdinand.

Consultations le mardi, à neuf heures.

— M. le docteur Coronat est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Gap.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Association générale des médecins de France. — II. Revue des Journaux : Note sur la goutte et son traitement. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Association générale des médecins de France.

Journée du 2 mai.

Les assemblées annuelles des médecins de France associés sont de véritables fêtes, — surtout le premier jour, qui est consacré exclusivement à l'apologétique. On commence, en effet, par exposer la situation telle qu'elle est ; on énumère les résultats acquis ; on mesure le chemin parcouru ; on constate les progrès accomplis, et ce tableau provoque d'unanimes acclamations, de vives actions de grâce. La discussion et la critique ne se produisent que le second jour, au sein de l'assemblée des délégués, à propos des projets d'avenir, des améliorations proposées ou des rapports sur les vœux pris en considération l'année précédente.

La séance du dimanche 2 mai, qui marquait la vingt-septième année de l'Association, a pris tout particulièrement le caractère d'une fête. La réélection, pour la deuxième fois, de M. Roger à la présidence ; l'élévation de ce confrère si généreux et si aimé à la dignité de commandeur de l'Ordre de la Légion d'honneur, faisaient de ce jour un jour heureux pour tous.

Désireuse de témoigner ses sympathies au Président réélu et de lui offrir ses félicitations, l'assistance était notablement plus nombreuse que d'habitude.

A deux heures, M. le baron Larrey ouvre la séance et donne la parole à M. Bergeron, rapporteur de la commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection. Sur 3,188 suffrages exprimés, M. H. Roger en a obtenu 3,167. Autant dire l'unanimité.

Sans rappeler que le prédécesseur de M. H. Roger avait été nommé par un millier de voix seulement, M. Bergeron demande comment un aussi petit nombre de sociétaires a pris part au vote. Mais ce petit nombre est plus que le triple de celui de l'élection de 1869, et l'on peut affirmer qu'à Paris du moins, si les membres de la Société centrale n'ont pas déposé leurs bulletins dans l'urne, c'est simplement qu'ils étaient sûrs d'avance d'une élection non contestée.

M. Bergeron a indiqué ce motif. Il n'y a pas eu à en chercher d'autre. De même qu'il n'y a pas non plus à caractériser le rapport très apprécié de M. Bergeron autrement que ne l'a fait M. H. Roger en disant que le rapporteur avait « su mettre de la grâce et de la cordialité dans un procès-verbal. »

Après les applaudissements qui suivent la lecture de ce procès-verbal, M. le baron Larrey invite M. le président à reprendre sa place au fauteuil. M. Roger, orné du collier rouge, donne lecture d'une allocution fréquemment interrompue par les applaudissements, dans laquelle il rappelle d'abord la mémoire de Lunier, mort dans le courant de l'année. Il remercie ensuite « plus de trois mille fois » les électeurs qui l'ont renommé. Il dit que c'est surtout au titre de « président de la plus importante Société de secours mutuels » qu'il doit la croix de commandeur, croix demandée *proprio motu* par notre excellent confrère, M. le sénateur Dufay, qui avait fait apostiller la pétition par 22 médecins, sénateurs ou députés, et qui se por-

©BIU Santé

tait fort pour tous les membres de l'Association. Il dit combien il est sensible aux dignités que lui confère le libre suffrage du Corps médical. En 1876, lorsqu'il fut porté pour la première fois à la tête de l'Association, il comprit que la tâche demandait un dévouement de toute la vie. Il le promit alors à ses commettants; il le promet encore et il a le très vif désir de vieillir longuement dans l'accomplissement de cette promesse. Il constate ensuite, avec bonheur, l'état prospère de l'Association qui compte, cette année, 400 adhérents de plus et qui a vu revenir à elle la Société de l'île de la Réunion, en sommeil depuis 1870. Les finances de l'Association suivent une progression plus rapide encore que son personnel, l'augmentation, pour ce dernier exercice, s'élève à 64,000 fr. Il énumère, enfin, les nombreuses libéralités, ou touchantes, ou ingénieuses, qui grossissent incessamment l'avoir social, et qui permettront, dans un avenir prochain sans doute, de porter les pensions viagères à un taux vraiment honorable et suffisant.

Si l'on ouvrait un concours entre ces généreux donateurs de l'œuvre, nous croyons que M. Roger se récuserait ou, du moins, serait fort embarrassé lorsqu'il s'agirait de décerner le prix. Mais il ne s'agit pas, heureusement, de prix à décerner, c'est-à-dire de préférence à proclamer. Il faut être également reconnaissant envers tous ceux qui donnent; notre gratitude ne doit pas se mesurer sur l'importance du don qui, le plus souvent, ne dépend pas de la volonté du donateur.

Jamais Président n'a été plus applaudi que M. Roger, et jamais M. Roger ne l'a été plus que cette année.

L'exposé de la situation financière, présenté ensuite par M. Brun, le trésorier modèle qui, selon l'expression de M. Roger, « n'a jamais que des déficits fictifs et des excédents vrais », peut se résumer de la manière suivante : La Caisse des retraites a vu son capital s'élever de 891,254 francs à 955,572, ce qui fait un accroissement de 64,318 francs.

Le bilan des différentes Caisses de l'Association, à la fin de l'exercice 1885, s'élève à :

Capitaux de la Caisse générale. . . .	80,521 fr.	07
Caisse des pensions viagères.	955,572	78
Société centrale et Sociétés locales .	919,604	28
Total. . . .	1,963,600 fr.	13

Quant aux rentes qui appartiennent à ces différentes Caisses, si on les capitalisait à 4 p. 100, elles représenteraient un total de plus de 200,000 francs.

En 1885, la Caisse des pensions viagères a servi à 73 pensionnaires.	35,800 fr.
Les Sociétés locales et générales ont accordé à 79 sociétaires.	17,320
Elles ont réparti entre 133 veuves, fils ou filles de sociétaires.	37,635
Elles ont donné à 19 personnes étrangères à l'Association. .	2,559
Total. . . .	93,314 fr.

C'est une augmentation de 11,136 francs sur les libéralités de l'exercice précédent.

M. Durand-Fardel, membre du Conseil général, présente, sur la gestion financière de M. Brun, un rapport qui se termine par les réflexions suivantes : « Si *satisfait* veut dire qu'on trouve que tout est pour le mieux, et

qu'il n'y a qu'à continuer, je puis assurer que je ne suis pas satisfait, et je comprendrais que vous ne le fussiez pas davantage.

« Mais si satisfaction signifie le sentiment d'une grande œuvre parvenue, en un temps relativement court, à un degré de réalisation que les promoteurs les plus convaincus n'avaient pu entrevoir, ouverte à toutes les améliorations organiques comme à tous les progrès matériels, etc., etc., moi, je me déclare satisfait, et vous témoignerez sans doute que vous l'êtes également en manifestant, par vos applaudissements, votre approbation des comptes de votre incomparable Trésorier. »

L'approbation des comptes et des paroles sensées de M. le rapporteur ne s'est pas fait attendre, et n'a pas été marchandée par l'assistance.

M. le Secrétaire général Foville lit ensuite son rapport qui, tout naturellement, est la pièce importante de la séance, puisqu'il résume les travaux de l'Association tout entière. Non seulement il résume les travaux accomplis, mais il indique, dans une certaine mesure, ceux sur lesquels doit porter l'effort prochain. Il est à la fois le procès-verbal d'hier et l'ordre du jour de demain.

L'Assemblée se rend bien compte de la somme considérable de travail que représente une pareille œuvre, et elle paraît approuver de plus en plus l'esprit qui y préside. M. le docteur Foville a le don de placer les questions en plein jour, bien en face de la lumière, et sans atténuations, ainsi qu'il convient. Il les montre et laisse à l'Association le soin de les résoudre.

D'après les témoignages nombreux qu'il nous a été facile de recueillir, nous pouvons assurer M. le Secrétaire général que l'Association lui sait un gré infini de cette manière de faire tout à la fois prudente et ouvertement libérale.

La parole est ensuite donnée à M. Horteloup pour lire la première partie de son rapport sur les pensions viagères à accorder en 1886. La seconde partie sera présentée demain à l'assemblée des délégués. L'honorable rapporteur annonce que le taux uniforme de ces pensions, à partir de cette année, est porté à 600 francs, et il espère que ce chiffre sera très rapidement dépassé et ne constituera bientôt qu'un minimum. Cet espoir est salué par des applaudissements chaleureux et de bon augure.

M. le docteur Passant et M. le docteur de Ranse donnent successivement lecture des conclusions de leurs remarquables rapports, l'un, sur le secret médical, l'autre, sur l'ordre des médecins, qui ont été imprimés, distribués, depuis quelque temps déjà, et qui doivent être discutés le lendemain par l'assemblée des délégués.

La séance est levée à cinq heures.

On se retrouve, presque au complet, le soir dans la salle à manger de l'Hôtel Continental, où le dîner n'est servi qu'à huit heures, ce qui est un peu tard pour nos confrères de la province.

Au dessert, M. le Président H. Roger porte le toast suivant :

Chers confrères, président réélu par vous, et décoré, je puis dire par vous, de la croix de commandeur de la Légion d'honneur, je porte un double toast de reconnaissance.

Président, je salue les présidents et délégués des Sociétés locales, anciens ou nouveaux ; je les remercie de leur dévouement de toute l'année à l'Association et de leur présence, en ce jour, à notre réunion familiale.

Commandeur de fraîche date et vieil ami, je tends une main fraternelle à tous, amis présents ou absents, connus ou inconnus.

©BIU Santé

Des deux dignités qui viennent de m'être conférées presque à la fois, laquelle me touche le plus, la croix ou la présidence? La présidence assurément; toutes deux me sont une marque d'affection, mais l'une émane du suffrage restreint et l'autre du suffrage universel que j'ai trois milie raisons pour une de trouver cette fois excellent. D'ailleurs, je suis de l'avis du poète de la jeunesse, d'Alfred de Musset,

Être admiré n'est rien, l'affaire est d'être aimé.

Si j'en crois mes yeux, mes oreilles et mon cœur, cette bonne affaire est conclue entre nous.

Que ce lien dont vous m'avez honoré soit le symbole de notre fraternelle étreinte; que votre cœur ne fasse qu'un avec le mien. Oui, chers associés, je bois à notre éternelle amitié; buvons ensemble à cette éternité bienheureuse, le Président vous y invite, le commandeur vous l'ordonne.

M. L. Thomas, membre du Conseil général et président de la Société d'Indre-et-Loire, répond en ces termes au nom des présidents et des délégués :

Messieurs,

Je vous invite à vous joindre à moi pour boire à notre cher et vénéré Président.

L'unanimité de sa réélection lui a déjà fait connaître quels sentiments de gratitude et d'affection nous professons pour lui. Mais c'est un devoir, autant qu'un plaisir, pour nous, présidents et délégués des Sociétés locales, de lui dire et de lui répéter que dans la grande famille médicale, dont il est le chef, tous l'aiment et le vénèrent.

Nous tenons à lui dire aussi combien joyeusement nous avons applaudi à la haute distinction dont il a été l'objet depuis notre dernière assemblée générale, distinction doublement méritée par le maître éminent et par le Président si dévoué de notre Association.

Je bois, Messieurs, au docteur Henri Roger, deux fois réélu Président de l'Association générale des médecins de France, commandeur de la Légion d'honneur.

M. Durand-Fardel, membre du Conseil général et président de la Société de l'Allier, porte le toast suivant aux membres du Conseil judiciaire de l'Association générale des médecins de France :

J'ai l'honneur de vous proposer un toast aux Conseils judiciaires de l'Association.

J'ai souvent entendu dire que les médecins ne s'entendaient guère aux sujets qui s'écartent de leurs études et de leurs devoirs professionnels, et en termes plus catégoriques que flatteurs, qu'ils n'étaient bons qu'à faire de la médecine.

Ceci me paraît souverainement injuste. Vous savez quelle place importante et distinguée ils tiennent dans nos assemblées politiques ou administratives. Vous n'ignorez pas que les arts dits libéraux ont toujours compté parmi eux des adeptes éclairés, et souvent des Mécènes influents. Nous avons dû reconnaître depuis quelque temps que les questions financières les plus ardues leur étaient singulièrement familières, et qu'ils savaient jouer avec les chiffres avec autant d'aisance qu'aucun ministre des finances.

Mais il faut avouer qu'ils sont encore assez novices dans la science qu'on nomme irrévérencieusement la chicane, et que nous appellerons respectueusement le droit. L'Association des médecins de France est une personne trop considérable pour n'avoir pas de temps à autre à faire avec la justice. Des conseils judiciaires ne sont donc pas pour elle un luxe, mais une nécessité. Je me hâte d'ajouter une nécessité gracieuse, qui nous est toujours apparue parée d'une urbanité, d'un zèle, je dois plutôt dire d'un dévouement, auxquels nous devons en toute occasion rendre un hommage cordial et offrir une sincère reconnaissance.

Ce n'est pas seulement aux juristes éminents qui assistent votre Conseil général dans tant de questions épineuses, graves quelquefois, que nous devons adresser nos remerciements. Toutes nos Sociétés locales ont rencontré et rapproché d'elles des hommes instruits et distingués aux lumières desquels elles ne font jamais appel en vain.

Permettez-moi de les unir tous dans le toast que je vous propose : Aux conseils judiciaires de l'Association !

M. Morillot, membre du Conseil judiciaire, du Conseil général et avocat à la Cour de cassation a répondu en termes pleins de cordialité à M. Durand-Fardel.

M. Delvaille porte le toast suivant :

La situation de ceux qui prennent ici la parole est singulièrement délicate. Quel que soit le mérite de celui dont ils portent la santé, ils s'exposent à blesser sa modestie et à recevoir en retour — par raison de courtoisie parfois — un hommage auquel ils n'ont ni à s'attendre ni à prétendre.

Pour éviter cet écueil, et bien qu'il m'eût été fort facile et fort agréable de proposer la santé de tous mes confrères présents, je vous invite à boire aux absents.

A ceux qui rendent si aisée la tâche de notre infatigable et cher trésorier ! A ceux qui saisissent avec tant d'à-propos toutes les circonstances heureuses ou tristes de leur vie pour venir en aide à nos confrères malheureux ! A l'un de ses bienfaiteurs, en particulier, à Mme Jules Cloquet, qui, par sa générosité inépuisable, honore la mémoire de son époux éminent, en l'associant à ses œuvres de charite médicale !

Je bois aux bienfaiteurs absents !

Journée du 3 mai.

La seconde séance de l'Association générale, séance des délégués, a été plus longue et plus mouvementée qu'elle ne l'avait jamais été. Commencée à deux heures, elle a fini à près de six heures seulement. Le peu d'espace disponible qui nous reste nous oblige, à notre grand regret, à n'en présenter qu'un résumé très sommaire.

M. Horteloup termine son rapport sur les pensions à accorder en 1886, et toutes ses propositions sont acclamées sans le moindre retard.

M. Foville lit le texte d'une pétition adressée au Sénat et à la Chambre des députés, demandant que la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats, soit rendue applicable à toutes les professions libérales.

Après une discussion assez vive, à laquelle prennent part MM. Surmay, Bouloumié, Rouyer, Pamard, Horteloup et Foville, l'assistance décide, à une grande majorité, qu'il faut signer cette pétition.

M. le docteur Passant relit les conclusions de son rapport sur les moyens de concilier les injonctions du code à propos du secret médical, avec les intérêts de la science, et surtous avec les intérêts de l'hygiène et de la préservation sociale : ces moyens, mes lecteurs le savent, consistent à supprimer les noms propres des bulletins de décès, et à n'inscrire sur ceux-ci que le sexe, l'âge, l'état civil, la nature de la maladie, etc.

Il résulte des allocutions et des explications qui tour à tour ont été prononcéées et données par MM. Duménil (de Rouen), Morillot, Bertillon, Thoniou (d'Annecy), Landowski, Rouyer (de Laigle), etc., qu'il n'y a aucune parité à établir entre le fait d'un médecin qui publie, par des motifs personnels et sous sa propre responsabilité, un secret professionnel dans un journal, et le fait d'un médecin qui défère simplement à l'invitation des administrations publiques. Quelles que soient les rigueurs de la jurisprudence et les sévérités d'interprétation de certains magistrats, il est impossible que, les choses étant arrangées comme le propose l'honorable docteur Passant, on y puisse trouver le motif d'une poursuite.

L'assemblée vote donc les conclusions du rapport de M. Passant, en y ajoutant, sur la proposition de M. Duménil, que, dans les cas d'épidémie ou

©BIU Santé

de maladies contagieuses, le médecin devra en prévenir immédiatement les municipalités.

La question de l'Ordre des médecins, réservée pour la fin de la séance, en a été l'affaire capitale.

Les conclusions du rapport de M. de Ranse, finement appuyées par M. Diday, passionnément attaquées par M. Surmay, — que son talent de parole ferait certainement briller dans l'Ordre des avocats, — puis, défendues par l'auteur, ont fini par être votées. Mais la lutte a été ardente, éclatante, et singulièrement animée.

Une des considérations qui ont le plus frappé l'assemblée est celle qu'a présentée, parmi plusieurs autres, M. Vannesson. « L'Ordre des avocats, a-t-il dit, peut bien empêcher un de ses membres de plaider, parce que les plaidoiries ont lieu dans un endroit déterminé, dont il est facile d'interdire l'accès. Mais « l'Ordre » n'a pas même songé à empêcher l'avocat puni de donner des consultations chez lui. — Pour les médecins qui exercent leur profession partout, il ne saurait y avoir de sanction efficace aux prescriptions de l'Ordre. »

Appuyant le discours de notre distingué Conseil judiciaire, j'entendais autour de moi des confrères autorisés dire hardiment que le mal, signalé avec tant de justesse et une si haute moralité par M. Surmay, était plus grave qu'on ne le pense, et que peut-être tout remède serait vain.

Le mauvais exemple vient des cîmes, disaient-ils ; comme aux derniers temps du paganisme, c'est par les cieux que la morale est le plus grièvement offensée.

Que la justice vengeresse frappe de vulgaires et humbles personnes, cela est assez insignifiant, mais qui osera punir Jupiter et quels bras assez puissants fera éclater la foudre dans l'Olympe même ?

Avant de lever la séance, M. le Président proclame le résultat des élections. Ont été nommés membres du Conseil général :

Membres sortants : MM. Cornil, Durand-Fardel, Le Roy de Méricourt, Pénard, Bergeron.

Candidats nouveaux : MM. Riant, vice-président de la Société pour secours aux militaires blessés; Richelot, chirurgien des hôpitaux; Vidal, médecin des hôpitaux.

Membres du bureau. — Vice-président honoraire : M. Gosselin ; vice-présidents : MM. Cazeneuve, Larrey, Ricord, Bouchacourt; secrétaire général : Foville; secrétaires : MM. Martineau, Blache; trésorier : M. Brun.

M. L.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur la goutte et son traitement, par J. Farrar. (*The provincial medical Journal;* 1er février 1886.) — L'auteur attire l'attention de ses confrères sur un fait qu'ont probablement pu observer comme lui les médecins exerçant dans les localités maritimes; à savoir : la fréquence des cas de goutte aiguë par rapport au taux numérique de la population résidant dans ces localités. Sur les dizaines de mille de touristes qui fréquentent annuellement Morecambe tous les ans, c'est à peine si l'auteur a eu l'occasion de soigner deux ou trois cas d'attaque aiguë de goutte, tandis que, sur une population d'à peine 4 à 5,000 habitants résidant sur les lieux mêmes, en exceptant et les héréditaires et ceux que leurs habitudes hygiéniques exposent directement, et d'une façon manifeste, aux atteintes de la maladie, les cas de goutte aiguë se montrent

avec une singulière fréquence sans qu'on puisse attribuer ce phénomène à aucune cause bien définie, à moins qu'on n'accuse l'*inhalation habituelle de l'air salin* et des particules résultant du spray minuscule que le vent emporte du sommet des vagues en mouvement.

En suggérant cette cause étiologique, l'auteur s'attend à provoquer un peu d'étonnement chez le lecteur, mais il tient à rappeler que d'autres observateurs ont depuis longtemps accusé, comme étant pernicieux dans ses effets, l'usage du chlorure de sodium, sinon de n'importe quel sel de sodium, chez les gens à constitution goutteuse. C'est ainsi que le docteur Dreid, dans des articles publiés par le *British medical Journal* (1), a appelé l'attention des observateurs sur ce métal et ses combinaisons dans ses rapports avec la goutte, et donne des raisons très plausibles pour démontrer que le sodium, sous quelque forme qu'on l'ordonne, est un véritable poison pour les goutteux, à ce point que cet auteur blâme hautement l'usage, chez les goutteux, des moindres quantités de bicarbonate de soude dont cependant on fait si grand abus, et à l'emploi desquelles l'auteur attribue l'origine de plus d'une des attaques de goutte aiguë dont il a été lui-même la première victime.

Nul doute qu'au bord de la mer, on n'absorbe par la respiration le chlorure de sodium, dont l'atmosphère maritime est chargée, en même temps que les particules d'iodures, de bromures et l'ozone qui entrent dans la composition de cette atmosphère.

En augmentant l'activité des combustions organiques, l'exercice, la vie active permettent à l'économie d'annihiler ce que l'action de ces sels de sodium peut avoir de nuisible, mais que, pour une raison quelconque, ce travail de désassimilation soit insuffisant, l'organisme se trouve bientôt saturé, pour ainsi dire, de chlorure de sodium et l'attaque de goutte va apparaître, que cette dénutrition insuffisante ressortisse d'ailleurs à une prédisposition ou à une diminution accidentelle et passagère dans le mouvement des échanges physiologiques.

En connexion avec cet ordre d'idées, il est intéressant de rappeler qu'on a déjà attiré l'attention sur l'influence nuisible que paraissent exercer sur l'équipage du navire les cargaisons de sel marin au point de vue de la goutte (2). Il serait non moins intéressant de savoir si les ouvriers qui travaillent aux mines de sel gemme sont plus spécialement exposés à certaines maladies, parmi lesquelles la goutte aiguë.

L'auteur se demande si ce n'est pas un fait universellement reconnu que les malades goutteux qu'on envoie faire une cure à Bath se plaignent presque toujours, sinon absolument toujours, qu'avant de ressentir aucun bénéfice des eaux, ils ont toujours à traverser une période de recrudescence de la maladie. Au bout de quelques jours de traitement, chez la plupart une attaque de goutte aiguë éclate, de nouveaux dépôts d'urates se forment dans les tissus des articulations, et ce n'est qu'après cette période critique qu'ils commencent à se rétablir et à sentir de l'amélioration. Or, conformément aux idées de l'auteur, ces résultats ne sont-ils pas à prévoir quand on sait pour combien le chlorure de sodium et autres sels du même métal entrent dans la composition des eaux de Bath? (3) D'autre part, étant connue l'amélioration qui se fait toujours sentir chez les goutteux à la suite d'une attaque aiguë franche, il y a lieu de se demander si le traitement de la goutte par les eaux de Bath (au moins le traitement *intus*) n'est pas une véritable erreur thérapeutique, et si, ce faisant, on n'imite pas tout simplement la conduite de ces buveurs qui, sentant venir une attaque de goutte, se mettent à absorber quantité de wisky pour précipiter l'explosion de l'attaque, abréger la période particulièrement désagréable qui la précède et profiter plus tôt de l'amélioration qui la suit. C'est là une ligne de conduite aussi peu scientifique et aussi peu rationnelle que possible, et cependant tel médecin tout prêt à la désapprouver l'imite très probablement, quand il envoie son malade à Bath, au devant de l'attaque aiguë à laquelle l'emploi des eaux va sans doute donner libre carrière.

(1) Voir le *Brit. med. Journal* du 9 novembre 1878, p. 689, et du 7 décembre, p. 832.

(2) Voir dans le *Medical Times and Gazette* de 1858, p. 634, les recherches, sur ce point, du professeur Freschi et d'autres auteurs.

(3) Eau chlorurée sodique et iodo-bromurée d'Angleterre.

©BIU Santé

On pourrait, il est vrai, objecter aux idées du docteur Farrar que les marins ne sont pas plus goutteux que bien d'autres personnes; que les passagers, que l'auteur a eu l'occasion d'observer et de suivre au nombre de plusieurs milliers pendant les deux années qu'il a passées à naviguer en qualité de médecin de la marine, n'ont pas été pendant la traversée, plus spécialement sujets à des attaques de goutte. L'auteur répond que l'étude des conditions d'existence de ces marins et de ces passagers permet d'expliquer très rationnellement cette apparente exception. Chez les marins, la vie active, les habitudes alimentaires relativement frugales, les conditions hygiéniques excellentes, aidées de l'influence qu'exerce l'aspiration continue de l'ozone dont est chargée l'atmosphère maritime sur l'activité des combustions organiques, tout cela explique le peu d'action qu'exerce une cause étiologique cependant efficiente, mais que combattent tant d'autres influences contraires au point de vue des manifestations goutteuses. Chez les passagers, ces influences favorables entrent toutes momentanément en jeu. Les habitudes sont changées du tout au tout, l'influence dépressive des occupations habituelles s'efface devant la suractivité vitale temporaire qui résulte de la vie au grand air que l'on mène à bord, et dont les plaisirs de toute espèce, les distractions de toute nature constituent la principale occupation.

Ce n'est pas à dire non plus que l'auteur déconseille le séjour momentané au bord de la mer aux personnes goutteuses qui ne sauraient en recueillir que des bénéfices pour les raisons ci-dessus désignées, mais ce qu'il conteste, c'est l'opportunité d'un établissement définitif, stable, dans les villes maritimes, aux malades de cette catégorie.

En tous cas, il leur faudra choisir leur habitation loin de la plage et, si possible, dans un lieu où abondent les forêts et les frais pâturages.

En ce qui concerne le traitement pharmaceutique de la goutte, de la forme aiguë sinon de la goutte chronique, si l'expérience sanctionne ultérieurement les magnifiques résultats annoncés par le docteur Macdonal (de Liverpool), et qu'il a obtenus à l'aide de l'inhalation de nitrite d'amyle, les malades pourront, grâce à cette méthode, guérir en *trois ou quatre* jours d'attaques aiguës, dont ils sortent ordinairement si éprouvés.

La lecture des observations du docteur Macdonal, sur ce point, est susceptible de faire concevoir les plus vives espérances. Le docteur Farrar, sans se prononcer encore définitivement sur ce point de thérapeutique si important qu'il enrichirait notre arsenal d'un véritable spécifique doué d'une action sûre et rapide contre la goutte aiguë, déclare que l'essai de la nouvelle méthode, fondée principalement sur l'inhalation du nitrite d'amyle, lui a déjà donné les résultats les plus satisfaisants, bien que les cas dans lesquels il lui a été permis jusqu'ici de l'essayer appartinssent plutôt aux formes chroniques et subaiguës de la maladie.

Outre sa propriété de faciliter l'élimination de l'acide urique, le nitrite d'amyle agirait encore en diminuant la tension artérielle.

Bien que cette action, ainsi que l'action stimulatrice du nitrite d'amyle, soient très momentanées, elles sont néanmoins précieuses chez les individus incapables de supporter l'action dépressive et nauséeuse du colchique.

Quant à la mixture édimbourgeoise (Edimburgh mixture) qu'on a si fort vantée dernièrement contre la goutte aiguë, il n'a pas eu à se féliciter de son emploi, loin de là (1). De même pour la préparation secrète qui court en Angleterre sous le nom de *litholydium Zachariæ*.

Le colchique, sous forme de pilules d'*extrait acétique* est, jusqu'ici, ce qui lui a donné les résultats les plus sûrs et les plus rapides. — L. Dn.

(1) La *Edimburg mixture* à laquelle il est fait allusion ici, et qui vient d'avoir son heure de célébrité de l'autre côté de la Manche, a la formule suivante :

R° Solution de sublimé de la pharmacopée anglaise..	25 grammes.
Iodure de potassium.....	2 —
Infusion de quassia ou de colombo.....	180 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures. — M. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° La liste des travaux scientifiques de M. le docteur Pamard (d'Avignon), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, et adresse la liste de ses travaux scientifiques;

2° Une note sur le fonctionnement de la loi Roussel, par le docteur Sagnier (de la Grand'Combe,

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de MM. Eloy et Huchard, un travail intitulé : *L'écorce du quebracho blanco et ses principes actifs* (extrait des *Archives de physiologie*); 2° au nom de M. le docteur Bardet et de M. Egasse, pharmacien de 1re classe, un *Formulaire des nouveaux remèdes*.

M. Leblanc présente, au nom de M. Paul Cagny, vétérinaire à Senlis, un mémoire sur les épizooties dans l'arrondissement de Senlis en 1883.

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de pathologie interne. Il annonce, en outre, qu'à quatre heures l'Académie se réunira en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Leblanc sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire et de M. de Quatrefages, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

M. de Vry, membre correspondant à La Haye, lit une *Note sur le sulfate de quinine*.

Il résulte des recherches auxquelles M. de Vry s'est livré sur le sulfate de quinine de provenances diverses que les échantillons de cette substance la contiennent rarement à l'état de pureté; ils renferment le plus ordinairement une proportion plus ou moins considérable de sulfate de cinchonine, jusqu'à 18 p. 100. Ce n'est pas là une falsification, mais la conséquence naturelle du mode de préparation généralement adopté pour la fabrication du sulfate de quinine *basique*. Il n'en est pas de même du sulfate de quinine neutre, que l'on peut toujours obtenir exempt de cinchonine. C'est au praticien qui prescrit ce médicament de formuler toujours le sulfate neutre au lieu du sulfate basique dont la composition est variable.

Comme l'état du sulfate de quinine actuel est une conséquence naturelle des lois chimiques, on peut, avec confiance aussi, prescrire le chlorhydrate de quinine, parce que, d'après les mêmes lois, ce sel ne peut pas contenir de la cinchonine, à moins de falsification.

M. Dujardin-Beaumetz appelle l'attention sur la nécessité qu'il y aurait, à l'avenir, à substituer, dans les prescriptions des préparations quiniques, le chlorhydrate de quinine au sulfate de quinine, pour deux raisons : la solubilité plus grande du premier et la proportion plus considérable de quinine qu'il contient.

M. Gautier fait observer qu'il serait préférable de prescrire le bromhydrate de quinine au lieu du chlorhydrate, parce que le bromhydrate est mieux accepté par l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz répond que le chlorhydrate de quinine contient plus de quinine que le bromhydrate à doses égales.

M. Pasteur fait une communication sur le traitement préventif de la rage après morsure.

Le nombre des individus traités pour des morsures s'élève aujourd'hui au chiffre de 950. Sur ce nombre, il y a eu cinq malades, de nationalité russe, qui sont morts de la rage produite par des morsures de loup et une femme, également de nationalité russe, morte de morsures très graves de chien, morsures à la main s'élevant au nombre de 16. Ce cas de mort doit être ajouté à celui de la petite Le Pelletier qui date des

©BIU Santé

premières expériences. Il n'y aurait donc que deux cas de mort après morsures de chien, jusqu'à ce jour, parmi les individus traités par M. Pasteur.

Il résulte d'un grand nombre de documents adressés à M. Pasteur que les morsures de loup enragé ont une mortalité énorme très souvent de cent pour cent, et que la durée de l'incubation est habituellement très courte, quelquefois de 13 à 15 jours, souvent de 18 à 20 jours.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.

M. Béchamp, répondant à M. Cornil, fait remarquer que son collègue ne nie pas les faits concernant la naissance des bactéries à même les tissus, mais il ne leur reconnaît qu'une seule et unique explication : *les germes de l'air*.

M. Cornil n'ayant fait que soutenir de nouveau la théorie qu'il avait déjà défendue dans sa discussion avec M. Peter, M. Béchamp dit qu'il pourrait, pour toute réponse, renvoyer son contradicteur à sa communication, car il n'a apporté aucune preuve positive capable d'ébranler les démonstrations qui prouvent l'existence des microzymas dans tout organisme vivant et leur évolution bactérienne à même les tissus.

Cependant, après avoir fait observer que sa discussion avec M. Cornil avait spécialement porté sur la gangrène et sur les bactérie qui apparaissent à même les plantes gelées, M. Béchamp constate que sur ce point son adversaire a abandonné la lutte pour se livrer à des négations concernant les recherches des savants qui avaient confirmé les faits touchant la réalité de l'existence des microzymas dans l'économie et la naissance des bactéries à même les tissus. Après avoir défendu la sincérité de savants tels que MM. Estor, Servel, Baltus, Béchamp, Nencki et Giacosa, sérieux et incapables de dire ce qui ne serait pas la vérité, M. Béchamp démontre que les mots de coccus, de micrococcus, etc., sont postérieurs à la découverte des microzymas et formés pour désigner les mêmes objets. Enfin en s'appuyant sur les observations de M. Gosselin et de M. Baltus, il fait voir que sa théorie a été confirmée par l'étude du pus sous les bandages ouatés et sous les pansements phéniqués, etc.

M. Béchamp ne s'est pas contenté d'affirmer de nouveau la réalité expérimentale de sa théorie; il a ainsi fait voir que les faits sont vrais non pas seulement pour des hommes qui partagent sa manière de voir, mais qu'ils ont été vérifiés par ceux-là mêmes qui les niaient. Seulement ceux-ci, au lieu de les considérer sous leur vrai jour, s'efforcent de les détourner au profit des doctrines microbiennes, en leur enlevant leur véritable signification.

En terminant, M. Béchamp fait remarquer qu'en niant les microzymas, c'est-à-dire l'organisme élémentaire autonomiquement vivant, M. Cornil se proclame protoplasmiste. Ovide, dit-il, invoquait au moins quelque divinité, c'est-à-dire quelque force directrice pour opérer ses métamorphoses, une à une. Or, en répudiant les mycrozymas, M. Cornil admet un merveilleux bien autrement incompréhensible que celui d'Ovide, puisque le protoplasma est supposé se métamorphoser, de lui-même, en toutes les espèces vivantes possibles, non seulement dans les espèces communes, que l'on voit, mais dans ces germes invisibles des microbes pathogènes qui, d'après le système microbien, sont destinés à faire périr celles-là : comme Saturne dévorant ses enfants, le protoplasma, plus fort que le père de Jupiter, détruirait ce qu'il a produit en se détruisant lui-même.

M. Alphonse Guérin proteste contre les conséquences tirées par M. Gosselin de l'examen d'un de ses malades qui n'avait pas été pansé par lui, et dont la plaie remplie de saleté avait été placée ainsi sous le pansement ouaté. Il est donc impossible de rien conclure de ce fait qui n'infirme en rien la théorie du pansement ouaté.

M. Pasteur croit devoir protester aussi, de son côté, contre les assertions émises par M. Béchamp; il considère les microzymas comme des êtres purement imaginaires. Les microzymas ne sont autres que les granulations moléculaires que tout le monde connaît. M. Pasteur met M. Béchamp au défi de montrer, par une seule expérience, les transformations d'une granulation moléculaire en un être vivant. Il demande à l'Aca-

démie de vouloir bien nommer une commission chargée d'étudier les faits annoncés par M. Béchamp.

Une discussion assez vive s'engage alors entre M. Béchamp et M. Pasteur. Sur la proposition de M. LE PRÉSIDENT, il sera nommé, dans le première séance, une commission qui s'entendra avec les deux contradicteurs en vue des expériences à faire pour la solution de ce grand débat.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE DES LIQUIDES. — H. Huchard.

Supprimer toute espèce de boisson, d'aliments ou de médicaments liquides. Le malade peut faire usage de soupes de tout genre, à la condition qu'elles soient très épaisses. Il mangera, en outre, une petite quantité de pain, des viandes rôties, grillées, bouillies, chaudes ou froides, du poisson, des œufs, des légumes, à la condition que les sauces soient peu abondantes. Les fruits sont également permis, à l'exception de ceux qui sont très aqueux, tels que les raisins, les prunes, les pêches, le melon. La poudre de viande, les purées de légumes et de viandes conviennent parfaitement à cette forme de dyspepsie. — Un verre de boisson suffit pour toute la durée du repas. — Mettre au moins huit heures d'intervalle entre le déjeuner et le dîner. — Parmi les médicaments à administrer, choisir de préférence ceux que l'on peut donner sous forme solide. — Cette espèce de diète est encore applicable à la dilatation de l'estomac ; elle convient aux personnes prédisposées aux hémorrhagies diverses, ou à l'hémorrhagie cérébrale et à l'épistaxis. — N. G.

COURRIER

HÔPITAL BICHAT. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ces leçons, à l'hôpital Bichat, le *dimanche 9 mai, à neuf heures et demie du matin*, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Les quatre premières leçons seront consacrées : 1° *aux indications thérapeutiques en général;* 2° *à l'angine de poitrine et à son traitement*, avec présentation de pièces anatomiques (leçon du 16 mai); 3° *à la spectroscopie appliquée à la clinique*, par M. le docteur Hénocque (leçon du 23 mai); 4° au *diagnostic et au traitement des névroses cardiaques* (leçon du 30 mai).

— M. d'Arsonval, professeur au Collège de France, est nommé membre de la Commission spéciale constituée à l'effet de préparer et proposer un règlement pour fixer les conditions techniques à remplir dans l'intérêt de la sécurité publique pour l'installation des conducteurs affectés à la transmission de la lumière ou au transport de la force par l'électricité.

— M. Bertrand (Alexandre), membre de l'Institut, a présidé hier mardi la séance d'ouverture du Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne. Suivant l'ordre de leurs travaux, MM. les délégués ont formé des réunions distinctes. Le bureau des sciences est constitué ainsi qu'il suit:

MM. Faye, président ; Milne-Edwards, Mascart et Darboux, vice-présidents ; Vaillant et Angot, secrétaires.

Les assesseurs ont été pris parmi les délégués présents aux réunions.

— M. le docteur Barthe, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du ministère de l'intérieur, est chargé d'une mission à l'effet d'entreprendre des recherches anthropologiques dans les dolmens, les grottes funéraires, etc., des départements d'Alger et de Constantine.

©BIU Santé

Les suicides en France. — La marche progressive des suicides continue de s'accentuer. Leur nombre avait été, année moyenne :

De 3,639 en 1851-1855
De 4,002 en 1856-1860
De 4,661 en 1861-1865
De 4,990 en 1866-1870
De 5,276 en 1871-1875

Il est monté à :

6,259 en 1876-1880
6,761 en 1881
7,213 en 1882
7,267 en 1883
7,572 en 1884

Relativement à la population, on comptait de 1851 à 1855 10 suicides pour 100,000 habitants ; en 1884, il y en a eu 20 ; les chiffres réels et proportionnels ont donc doublé en 30 ans.

Dans les grandes villes les suicides sont plus nombreux. Ainsi, à Lyon, sur une population recensée de 377,000 habitants, il y a eu, en 1884, 102 suicides, soit en chiffre rond, 30 sur 100,000.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edmond Habillon, de Blaise (Haute-Marne), précédemment à Thésey-Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle).

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur E. Vidal a repris ses conférences cliniques le mercredi 5 mai, à neuf heures (salle Alibert), et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques sur les Maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 10 mai, à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 mai 1886. — *Ordre du jour :* 1. Élection du secrétaire général. — 2. MM. Horteloup et Thevenot : Rapports de candidatures. — 3. M. Bovet : Rétrécissement de l'œsophage. — 4. M. Dubrisay : De la paralysie diphthéritique.

On demande un médecin pour un arrondissement peu éloigné de Paris. S'adresser au bureau du Journal.

CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

VOYAGES CIRCULAIRES

EXCURSIONS

EN TOURRAINE, AUX CHATEAUX DES BORDS DE LA LOIRE

et aux Stations Balnéaires

DE LA LIGNE DE SAINT-NAZAIRE AU CROISIC ET A GUÉRANDE

1er ITINÉRAIRE Durée : 30 jours	2e ITINÉRAIRE Durée : 15 jours
PRIX DES BILLETS	PRIX DES BILLETS
1re classe ..... 95 fr.	1re classe ..... 60 fr.
2e classe ..... 70 »	2e classe ..... 45 »
Paris. — Orléans. — Blois. — Amboise. — Tours. Chenonceaux et retour à Tours. — Loches et retour à Tours. — Langeais. — Saumur. — Angers. — Nantes. Saint-Nazaire. — Le Croisic. — Guérande et retour à Paris, *vid Blois* ou *Vendôme*.	Paris. — Orléans. — Blois. — Amboise. — Tours. Chenonceaux et retour à Tours. — Loches et retour à Tours. — Langeais et retour à Paris, *vid Blois* ou *Vendôme*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — II. Bibliothèque : De la fièvre typhoïde dans la marine et dans les pays chauds. — III. L'Epidémie cholérique de 1886. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Variétés : La culture et la récolte de l'opium en Turquie. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (1)

Par L.-G. Richelot.

Je ne m'attarderai pas, messieurs, à refaire ici l'historique de l'opération dont je vous ai donné quelques exemples, car il est exposé tout au long dans plusieurs travaux récents et en particulier dans l'excellente thèse du docteur H. de Launay (2). Il nous importe peu de savoir que Vicq-d'Azyr l'a proposée sans la faire en 1776, que Fourcroy l'appelle « nostram laryngotomiam » sans l'avoir pratiquée davantage, que Desault et Lenoir l'ont décrite, que les premiers faits cliniques appartiennent à Roux et à Blandin, etc. Les chirurgiens parlaient théoriquement ; d'aucuns la jugeaient bonne en principe et n'osaient pas la faire, parce qu'on leur avait dit que l'espace était trop étroit ; et tout le monde allait répétant que l'espace est trop étroit pour y introduire une canule. Bref, l'opération était parfaitement oubliée parmi nous, lorsque Krishaber vint la remettre en honneur. Il est juste de dire que Gross à Philadelphie et Erichsen à Londres avaient déjà reconnu sa supériorité.

Ce qui m'intéresse davantage, au lieu de remonter jusqu'à Vicq-d'Azyr, c'est de voir les essais, les tâtonnements successifs de la chirurgie pour améliorer l'opération dont Trousseau avait été l'ardent propagateur. Je parle ici de la trachéotomie *chez l'adulte*. Tous les auteurs en ont senti la gravité ; Trousseau lui-même, qui faisait de la trachéotomie « une opération simple, facile et sans danger, et que tout médecin, même étranger aux manœuvres de la chirurgie, peut entreprendre sans hésitation et pratiquer sans crainte », Trousseau avait reconnu que chez l'adulte elle est périlleuse et incertaine. En réalité, c'est une opération que le chirurgien le plus habile ne doit pas aborder à la légère, car elle peut tourner au tragique, même entre des mains expérimentées. Les altérations pathologiques de la région, la brièveté du cou chez quelques sujets, la profondeur de la trachée, par-dessus tous les vaisseaux gorgés de sang qu'il faut traverser créent des périls à chaque pas. J'ai assisté à plusieurs trachéotomies dans ces conditions : un malade est mort d'hémorrhagie séance tenante ; un autre a failli avoir le même sort, et les bronches remplies de sang ont été vidées à grand'peine avec le tube aspirateur ; chez un troisième, une incision profonde, gênée par le sternum, a pu ouvrir la trachée, mais on n'a jamais su si la canule y avait pénétré, et la mort est survenue rapidement. J'ai peine à comprendre que M. Desprès, à la Société de chirurgie, ait plaidé avec tant d'ardeur la sécurité de l'opération, car lui-même a perdu à la Charité une femme de 37 ans, qui mourut sous le bistouri d'hémorrhagie foudroyante (3).

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 avril 1886.

(2) H. de Launay, th. de Paris, 1882. — M. Aguiar, *id.*, 1883. — N. Castagné, *id.*, 1884.

(3) E. P. Lucas, *Trachéotomie, notes sur trois cas d'hémorrhagie mortelle*, th. de Paris, 1883.

Cela dit, vous comprenez que le souci d'un bon nombre de chirurgiens ait été de se prémunir contre ces périls, et avant tout contre l'hémorrhagie. Decès, dans un travail peu connu (1), après avoir combattu l'optimisme de Trousseau, conseillait en 1853 d'attaquer la trachée immédiatement au-dessous du cricoïde, dans un point où elle est superficielle, facile à découvrir sans léser de vaisseaux ni d'organes importants. C'était encore la trachéotomie, mais modifiée dans le sens où nous tendons aujourd'hui, et possédant quelques-uns des avantages de la section crico-thyroïdienne. A ce titre, le travail de Decès, qui n'est pas mentionné dans les travaux récents, mérite de trouver place dans l'histoire de la laryngotomie.

A son tour, Nélaton voulut s'éloigner des vaisseaux et fit un pas de plus vers l'espace membraneux : en 1861, il incisa au devant du cricoïde et réséqua 7 millimètres du cartilage. La résection était nécessaire, car l'incision simple ne donne qu'un écartement presque nul. Évidemment, Nélaton n'aurait pas pris la peine d'ouvrir cette fenêtre, s'il avait su qu'il y a place, au-dessus du cartilage, pour loger la canule.

La même ignorance, empêchant les chirurgiens de suivre la route indiquée par Decès et Nélaton pour aller jusqu'à l'espace membraneux, les fit chercher ailleurs. Je laisse de côté les inventions purement instrumentales de Chassaignac et de Maisonneuve, qui peuvent rendre l'opération plus brillante, mais sont loin de la rendre plus sûre; et je m'arrête sur les instruments incandescents, qui marquent le dernier progrès accompli avant la renaissance de l'opération de Vicq-d'Azyr.

Le thermo-cautère, très habilement manié, épargne le sang dans une certaine mesure; mais il n'a que des propriétés hémostatiques insuffisantes, quelle que soit la prudence de celui qui l'emploie. Tantôt une grosse veine s'est rencontrée, qu'il a fallu saisir avec deux pinces ou deux fils à ligature; tantôt une artériole, trop volumineuse pour que le fer rouge pût fermer sa lumière, a obligé l'opérateur à déposer l'instrument rougi pour appliquer les pinces à forcipressure. Il semble, en d'autres termes, que le thermo-cautère ait surtout triomphé des vaisseaux qui n'étaient pas à craindre. Sans doute, on a fait ainsi des trachéotomies exsangues, mais dans des cas où le bistouri n'aurait donné qu'un écoulement capillaire insignifiant. Et dans les cas d'urgence extrême, où il faut agir sans tâtonner, comment faire usage d'un instrument qui perd toutes ses qualités s'il n'est pas manié avec une extrême lenteur? Bref, on a fait un pas de plus, mais on n'a pas trouvé un moyen simple et décisif de se mettre à l'abri du sang.

Aujourd'hui, après bien des recherches, nous voilà installés dans une région que les anciens nous avaient signalée, dont s'était approché Nélaton, région commode où les points de repère sont constants et superficiels, où les vaisseaux manquent, où l'opération est vraiment facile. Une étude rapide du manuel opératoire va nous démontrer qu'il n'en faut plus sortir.

On a déjà trop écrit, Messieurs, sur la manière de pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Sans doute, nous avons bien fait d'étudier à nouveau les détails anatomiques de la région et de mesurer sur un grand nombre de sujets cet espace dont les dimensions avaient été si

(1) Decès, *Sur un nouveau procédé de trachéotomie, ou de la trachéotomie sous-crico-dienne*, Union méd., 1853.

longtemps méconnues. Mais aujourd'hui nous sommes renseignés, la topographie de l'espace membraneux n'a plus de mystères, sa hauteur a été mesurée à satiété chez l'homme, chez la femme et aux divers âges. Tout cela est consigné dans les thèses parues sur la question; je vous y renvoie, et vous demande la permission de parler en chirurgien d'une opération dont l'intelligence ne réclame pas de si longs discours.

La peau est mince; au-dessous d'elle, un tissu cellulaire sans graisse; enfin la membrane crico-thyroïdienne. Ne cherchez pas de plus longs détails; il n'y a rien dans cette région, rien qui vaille la peine d'être décrit, du moins sur la ligne médiane, qui seule nous intéresse. Quelques veinules anastomotiques entre les deux jugulaires antérieures, un filet artériel rampant sur la membrane et représentant l'anastomose entre les deux laryngées inférieures, voilà tout ce qu'on peut trouver par une dissection délicate; mais le chirurgien n'a pas à s'en occuper. Quant à l'espace, il est d'une hauteur qui varie de quelques millimètres; à partir de 10 à 12 ans, on peut y introduire une canule, parce qu'il a 6 ou 7 millimètres en moyenne; chez l'adulte, il en a de 8 à 11, et c'est tout ce qu'il est utile de savoir.

Après avoir touché les points de repère (pomme d'Adam et saillie du cricoïde), l'index de la main gauche est placé devant l'espace et marque la ligne médiane. Avec le bistouri, on fait une courte incision de la peau dépassant à peine les bords cartilagineux; puis on traverse la couche sous-cutanée jusqu'à la membrane, en un seul temps. Arrivé sur la membrane, on lui donne un coup de pointe; alors la canule à bec de Krishaber, qui dispense d'un dilatateur, se glisse volontiers dans une fente étroite et l'agrandit sans violence, est présentée à ce petit orifice, l'élargit et pénètre; il faut insister un peu. Une canule de 9 à 10 millimètres est bonne pour tous les cas; il est utile de l'enduire de vaseline.

Je vais maintenant revenir en quelques mots sur les quatre temps de l'opération. Et d'abord, je tiens à dire que le thermo-cautère est absolument inutile. Qu'on l'ait préconisé pour la trachéotomie, c'est fort bien; mais pour une opération où l'hémorrhagie n'est pas à craindre, en vérité c'est bien de la peine pour un mince résultat. Sans parler des cas où l'urgence est extrême et la section lente impossible, à quoi bon infliger au malade une anxiété plus longue? A quoi bon s'éverluer au maniement d'un outil qui ne fait l'hémostase qu'à force de patience et de délicatesse? Ces « ponctions successives », tout ce fin travail avec le couteau rougi ne sont pas en situation.

Une manœuvre qui me paraît encore inutile, c'est d'immobiliser le cartilage thyroïde entre le pouce et le médius, et de marquer son bord inférieur avec l'index de la main gauche. Il vaut mieux, avec la pulpe de ce doigt, reconnaître la pomme d'Adam, puis la dépression qui sépare les deux cartilages; descendre au besoin sur le cricoïde, dont la saillie est toujours dominante, puis remonter vers l'espace membraneux sur lequel on avait glissé tant il semble étroit; marquer la ligne médiane avec l'ongle, tout près duquel on va faire l'incision et qui restera immobile jusqu'à l'introduction de la canule.

Premier temps : l'incision de la peau est courte, elle dépasse à peine les bords des deux cartilages.

Deuxième temps : la peau incisée, on peut aller jusqu'à la membrane d'un ou deux coups de bistouri. L'ongle est toujours en place pour mar-

quer la ligne médiane. Il est complètement inutile de « voir ce qu'on fait », de placer des écarteurs, de disséquer timidement. Faut-il tenir compte de l'écoulement sanguin? Il m'est arrivé de placer une pince hémostatique, mais j'estime que c'est une manœuvre inutile dans tous les cas. L'hémorrhagie est insignifiante; on n'a pas à craindre l'irruption d'une quantité notable de sang par l'étroite ponction de la membrane que la canule va boucher immédiatement.

Troisième temps : la moindre perforation de la membrane crico-thyroïdienne est suffisante; les petits débridements latéraux, d'abord recommandés par M. Nicaise, et qui avaient pour but d'éviter les décollements et les déchirures de la muqueuse, ne sont pas utiles.

Quatrième temps : inutile de rappeler qu'on s'expose à un échec certain avec les canules ordinaires. La canule à bec de Krishaber est l'instrument de nécessité. Le bec présenté à l'étroite incision, il faut pousser avec un peu d'insistance pour l'agrandir; mais on réussit toujours. Ici se place la double question du volume de la canule et de l'incision du cricoïde.

Longtemps nous avons cru l'espace trop étroit parce qu'il semble tel à travers la peau, et aussi parce que Trousseau nous avait recommandé les larges canules. Mais aujourd'hui, tous les faits publiés démontrent qu'une ouverture de 9 à 10 millimètres suffit à la respiration d'un adulte pendant de longs mois. Chez un de mes malades, une canule plus grande a remplacé la première, mais seulement après deux mois, et le bénéfice n'a pas été de longue durée, car la dyspnée progressive était due à la compression de la trachée par les masses ganglionnaires. Il est donc inutile de regretter les instruments qui n'entrent pas d'emblée dans l'espace crico-thyroïdien; d'autant plus que cet espace admet des canules plus grosses au bout de quelques jours, artifice auquel on a eu recours et qu'on pourrait toujours utiliser s'il le fallait absolument.

J'ai dit que l'introduction de la canule devait réussir toujours. Cependant, comme vous l'avez vu, je me suis trouvé deux fois mis en demeure d'inciser le cricoïde. Cette incision n'est pas une complication opératoire; elle n'est, en somme, qu'un débridement portant sur le cartilage, le forçant à céder par un léger écartement de ses deux moitiés latérales, et permettant ainsi à l'espace crico-thyroïdien de s'agrandir un peu sous la pression de la canule. Mais dans quelle mesure ce débridement doit-il être conservé? Si, chez mon premier malade, les cartilages ossifiés basculaient difficilement l'un sur l'autre, chez le second la difficulté m'a paru tenir uniquement à la position de la tête, que j'avais laissée sur l'oreiller sans la défléchir. Chez les suivants, j'ai mieux placé la tête et j'ai pénétré du premier coup. Je crois aujourd'hui que l'incision du cricoïde est un utile adjuvant quand on est mal installé, mal secondé, ou quand on est obligé d'opérer très vite, de « faire un trou » et de placer la canule; autrement, la déflexion de la tête agrandit l'espace membraneux, facilite la bascule des cartilages et rend l'incision superflue. Les cas où elle devient nécessaire par l'étroitesse même de l'espace, doivent être bien rares, si tant est qu'ils existent.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LA MARINE ET DANS LES PAYS CHAUDS, par M. J. MOURSOU. — Paris, 1885; O. Doin.

En raison de son ubiquité, la fièvre typhoïde se présente sous des formes cliniques

différentes, sous les climats froids ou dans les contrées tropicales. L'étude de ces caractères différentiels, motivait le mémoire actuel de M. Moursou et lui a mérité les lauriers du concours de médecine navale en 1884.

Par l'utilisation des archives médicales de la marine et par ses propres observations, notre savant confrère y démontre l'influence aggravante que la chaleur, dans les pays chauds, exerce sur la gravité et le pronostic de la fièvre typhoïde et sur le développement de ses complications.

M. Moursou établit ensuite, par des statistiques raisonnées, que la fièvre typhoïde est toujours importée à bord des navires et des transports, que son incubation dure dix à vingt-cinq jours, parfois quarante ou quarante-cinq jours, et que ses victimes les plus habituelles et les plus nombreuses sont les passagers civils ou militaires. Quand elle atteint les équipages, elle frappe les hommes qui sont employés dans la cale du navire de préférence à ceux qui travaillent sur le pont.

Le paludisme paraît s'opposer au développement de la fièvre typhoïde dans les pays chauds. Celle-ci, en effet, s'observe rarement sur les navires venant des contrées paludéennes. Cependant, quand elle existe, l'association typho-malarienne est grave, surtout dans la période des lésions viscérales du paludisme. La sévérité du pronostic devient alors d'autant plus légitime que la quinine est impuissante à modifier la marche de ces accidents.

Le travail remarquable de M. Moursou a démontré encore la nécessité d'améliorer les foyers infectieux typhoïdiques des ports d'embarquements, et parmi eux le port de Toulon, où les décès et les cas de fièvre typhoïde sont toujours si nombreux. On doit des remerciements à M. Moursou pour la franchise de cette déclaration dans un temps où les pouvoirs publics, nonobstant les voyages ministériels, n'ont guère souci de réaliser l'amélioration sanitaire de notre grand port militaire méditerranéen par les faits et non par des projets. Il serait à désirer que le mémoire de notre savant confrère de la marine y contribuât quelque peu. — C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Le seul foyer cholérique sur lequel le gouvernement italien donne des renseignements quotidiens est celui de Brindisi. Il y a donc lieu de conclure, sur la foi des statistiques officielles, que l'épidémie ne tend guère à gagner du terrain, et qu'elle est relativement fort bénigne à Venise et dans les environs.

Du 26 avril au 5 mai, dans une période de huit journées, la morbidité cholérique a été représentée par 21 cas à Brindisi, 2 à Torre-Santa, 1 à Oria, 2 à Ceylie, 13 à Latiano et 31 à Ostrini. Pendant cette période, on a signalé 6 décès à Brindisi, 6 à Ostrini, 2 à Ceylie, 6 à Latiano, 1 à Oria.

Par contre, une dépêche du 2 mai annonce l'importation du choléra à l'hôpital de Salonique, par des matelots d'un navire italien. La contamination de ce port aurait une fâcheuse gravité au moment où des complications politiques menacent l'Orient, et où cette ville, en raison de sa position stratégique, devient un point important en cas de guerre.

A Brindisi, l'épidémie n'a pas pris l'extension qu'au début on pouvait redouter; mais les préjugés et la terreur populaire font obstacle à la déclaration des cas. Beaucoup de famille évitent de faire connaître la nature de la maladie dont leurs membres sont atteints, de sorte que l'administration ne peut établir des statistiques rigoureusement exactes. On a remarqué une particularité dans la marche de l'épidémie, c'est qu'elle respecte la garnison où le nombre des victimes a été jusqu'à présent fort minime, et les forçats du bagne, qui cependant sont au nombre de 7 à 800.

A Milan, on a signalé quelques cas depuis le 17 avril; mais les cas sont survenus dans une même famille. Par contre, l'épidémie sévit toujours à Padoue où, paraît-il, elle s'atténue depuis huit jours. Nonobstant ces indications rassurantes, mais de source privée, il y a lieu, ce me semble, de regarder le choléra italien comme en voie de lente extension dans la péninsule. — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril 1886. — Présidence de M. Gillebert d'Hercourt père.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Perrin, à propos du procès-verbal, dit : Après les nombreuses et si intéressantes communications que, depuis plusieurs années, M. Duroziez a faites devant la Société sur la symptomatologie des affections du cœur, je me permettrai de lui en demander une dernière, qui serait comme le couronnement utile de toutes les autres, et qui aurait trait au traitement différentiel de ces mêmes affections si bien étudiées par lui, mais presque toujours au point de vue du diagnostic seulement. Ce serait là un réel service à rendre au praticien dont l'hésitation au lit du malade devient de plus en plus grande, en présence des divergences qui existent aujourd'hui sur les indications thérapeutiques. En ce qui concerne la digitale, nous savons, il est vrai, depuis longtemps, que M. Duroziez en a montré les dangers et condamné avec raison l'usage banal qu'on en faisait autrefois; mais, que pense-t-il aujourd'hui de l'efficacité d'autres substances prônées depuis, comme la caféine, l'iodoforme, etc.? Quant aux émissions sanguines, si fréquemment employées autrefois, ne sont-elles pas abandonnées à tort à l'heure présente?

M. de Beauvais appuie d'autant plus volontiers la proposition de M. Perrin qu'il a lui-même souvent regretté l'absence des indications thérapeutiques dans les communications si substantielles de M. Duroziez. Il espère que notre savant confrère voudra combler cette lacune.

Correspondance imprimée : Outre les journaux et revues de la quinzaine, elle comprend :

Le n° 1 des *Annales de médecine thermale*, revue des eaux minérales du centre de la France;

Le tome V de la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique;*

Une brochure, de M. le docteur Lardier (de Rambervillers), sur la *naissance d'un monstre nosencéphalien;*

Une circulaire de la réunion des secrétaires généraux des Sociétés savantes de Paris, au sujet du palais projeté des Sociétés savantes. (Renvoi au conseil d'administration.)

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Deligny, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et qui prend congé de la Société jusqu'au mois d'octobre.

M. de Ranse offre à la Société un exemplaire du rapport qu'il a lu à l'Association générale des médecins de France, sur le vœu relatif à la création d'un Ordre des médecins. Ce rapport conclut au rejet de la proposition.

M. Dehenne : J'ai l'honneur d'offrir à la Société de médecine quelques exemplaires de mon travail sur l'ergotinine. Depuis la lecture que j'ai faite, j'ai pu renouveler mes expériences, et grâce à la bonne volonté de deux de mes aides, MM. Decaux et Vatel, j'ai dressé des courbes qui me paraissent absolu nent probantes. Permettez-moi de vous en faire passer une sous les yeux.

Il s'agit d'une dame S..., âgée de 46 ans, et qui m'a été adressée par mon excellent ami le docteur Burlureau. Elle est atteinte *d'opacités cristalliniennes*. Son traitement commença le 8 avril. Ce jour-là, les urines renferment 71 grammes de sucre par litre. Depuis six semaines, *elle suit le traitement antidiabétique le plus rigoureux, et la dose de glucose excrétée chaque jour ne varie pas*. Une première injection d'ergotinine est pratiquée le 8 avril. Le 9, l'urine ne présente plus que 32 grammes par litre (la malade urine environ 1,800 grammes par jour), pour tomber à 14 grammes le 10, et se maintenir dans les mêmes proportions jusqu'au 15. Le titre de la solution employée est changé (je reviendrai plus tard sur ce point). Une ascension se produit du 15 au 19

pour atteindre 26 grammes. Le 19, l'injection est pratiquée de nouveau avec la solution d'ergotinine Tanret, et le 20 l'urine ne présente plus que 4 grammes par litre pour tomber le 23 et le 24 à des doses impondérables.

J'ai recueilli dans la même quinzaine quatre courbes analogues ; elles paraîtront en temps opportun dans le travail que je prépare.

Dans toutes les observations que je recueille l'effet produit est le même. L'injection d'ergotinine fait tomber immédiatement la quantité de glucose excrétée en vingt quatre heures.

M. LE PRÉSIDENT : Messieurs, depuis notre dernière réunion, nous avons perdu deux de nos honorés confrères, MM. Amédée Forget et Henri Thorens.

Le docteur Amédée Forget était membre de notre Société depuis 1854, il fut l'un de ses présidents.

Il est inutile que je vous rappelle les nombreux titres du docteur Forget à notre affectueuse estime ; ils sont tous présents à vos souvenirs.

Mais ce que je ne saurais trop redire, c'est l'intérêt tout particulier qu'Amédée Forget portait à la Société de médecine de Paris ; c'est la sollicitude qu'il montrait pour tout ce qui touchait à sa dignité et à ses progrès ; son assiduité à nos réunions, et la part aussi grande qu'honorable qu'il prenait à nos discussions témoignaient du vif désir qu'il avait de contribuer au lustre de notre Société.

Cependant, depuis environ deux ans, la maladie l'avait tenu souvent éloigné de nous. Déjà nous déplorions le vide que cette absence causait parmi nous. Que sera-ce maintenant que nous sommes séparés de lui pour toujours ?

Messieurs, la Société de médecine de Paris a été représentée aux obsèques du docteur Forget par son Bureau et par un certain nombre de ses membres. Si aucun de nous n'a dit, au nom de notre Société, un dernier adieu sur la tombe de notre collègue, c'est que le silence nous avait été prescrit par la volonté expresse du docteur Forget.

Le docteur Jean-Henri Thorens, notre regretté secrétaire général, a succombé à la maladie, dont le début et l'évolution rapide se sont effectués en quelque sorte sous nos yeux. En 1883, quand nous l'avons élu notre secrétaire général en remplacement du docteur de Beaurais, malade, nous étions loin de nous attendre à ce qu'il nous serait enlevé aussi prochainement ; au contraire, nous nous félicitions d'avoir choisi un secrétaire général aussi actif, d'un savoir aussi réel, et d'un esprit aussi alerte, qui, en prenant possession de ses nouvelles fonctions, s'empressa de nous promettre qu'il s'emploierait à activer les publications de notre Société. Ce fut en effet par-là qu'il débuta.

Mais bientôt quelle a été notre douloureuse surprise, lorsque nous nous aperçumes de la décadence subite et progressive de cette belle intelligence.

A ses obsèques assistaient un certain nombre de membres de la Société de médecine de Paris, auxquels votre Président a eu le vif regret de ne pouvoir se joindre. Notre honorable confrère, le docteur Christian, a prononcé un discours sur la tombe de notre regretté confrère et collègue. Il voudra bien nous en donner lecture.

M. CHRISTIAN donne lecture des paroles qu'il a prononcées aux obsèques de Thorens :

Je viens, au nom de la Société de médecine de Paris, dire un dernier adieu à celui qui, depuis 1880, était devenu un de ses membres les plus dévoués. Les deuils se succèdent pour nous : il y a quelques jours, nous nous séparions de Forget, l'un de nos doyens. Lui, du moins, était arrivé à la limite de l'existence; mais, quand, il y a trois ans, nous confiâmes à Thorens les fonctions de secrétaire général, qui donc, parmi nous, aurait pensé que l'heure de la séparation fût si proche?

Notre ami avait 41 ans; il disparaît en pleine activité, au seuil d'une carrière qui s'annonçait féconde en promesses. Aussi n'est-ce-pas sans une secrète révolte que je songe à cette tombe prématurément ouverte : Ma douleur s'accroit de toutes les espérances qui nous sont brutalement enlevées!

Toute la vie de Thorens a été une vie de travail ; quand il commençait sa médecine, il était déjà licencié ès sciences. D'abord élève de la Faculté de Strasbourg, il vint

bientôt à Paris, s'y fit recevoir interne des hôpitaux, et, une fois docteur, s'y établit définitivement. Il y conquit rapidement sa place. Ce qu'il était pour ses malades, avec quel zèle, quel affectueux dévouement il se donnait à eux, ceux-là le savent dont il a été le médecin et l'ami. Mais, si grands que fussent les soucis et les fatigues de la clientèle, elle ne l'absorbait pas tout entier. Membre de plusieurs Sociétés savantes, il était assidu à leurs séances, prenait une part active à leurs travaux, remplissait avec ponctualité les importantes fonctions qu'elles lui confiaient. Les études qu'il avait commencées dans sa thèse, il les continuait; et, quand la maladie vint le surprendre, il mettait la dernière main à la traduction d'un important ouvrage de chirurgie anglais.

Médecin du Bureau de bienfaisance, inspecteur des écoles, il s'acquittait de ses fonctions avec cette conscience et cette infatigable ardeur qu'il savait mettre à tout ce qu'il entreprenait.

Mais, le meilleur de son âme, il le donnait à ses œuvres que nous a léguées l'année douloureuse. Ses collaborateurs vous diront quel culte il avait gardé pour la patrie perdue. C'était l'image sacrée qu'il évoquait jusqu'à l'heure suprême. Lorsqu'il s'agissait du sol natal, il voulait espérer quand même.

Tant d'efforts, un labeur si soutenu, avaient eu leur récompense. Thorens avait su faire apprécier ses sérieuses qualités, la sûreté de ses relations, l'élévation de son caractère. Mais peut-être avait-il trop présumé de ses forces. Dans son existence si laborieuse, où il se donnait sans compter, il n'avait pas fait assez grande la part du repos. Un jour vint où il fut terrassé par un mal implacable, et dès lors sa vie n'a plus été qu'une longue souffrance. Tout ce que l'affection la plus tendre, le dévouement le plus ingénieux, l'abnégation la plus complète, ont pu imaginer, tout, je puis le dire, a été employé pour le soulager; et elles méritaient un plus heureux succès de leurs efforts, cette mère et cette femme, qui, depuis des mois, épiaient avec angoisse une amélioration qui ne devait pas se produire! Elles ont eu, du moins, la consolation de le voir s'endormir paisiblement sous leurs yeux, et, jusqu'au dernier moment, elles ont pu rester ses gardiennes vigilantes. Elles conserveront un pieux souvenir de cette âme tendre et aimante; elles se rappelleront, non sans un charme douloureux, les heures trop courtes qu'il a vécues dans leur cercle de famille. A son enfant, trop jeune pour comprendre l'étendue de sa perte, elles sauront garder vivante l'image du père si tôt enlevé.

Pour moi, je n'oublierai pas l'ami avec qui bien souvent je me suis trouvé en pleine communion d'idées et de sentiments. Mais les regrets que j'exprime ici ne sont pas seulement les miens, ce sont ceux de tous ses collègues. Notre Société n'oubliera pas le nom de Thorens; elle l'inscrira dans ses annales parmi ceux de ses membres qui l'ont honorée et servie. Puissent nos témoignages de sympathie aller à tous ceux que cette mort plonge dans le deuil et leur apporter quelque consolation! La vie de Thorens a été courte, mais elle a été bien remplie.

Adieu, Thorens, adieu!

Ces paroles sont accueillies par des marques unanimes d'assentiment.

Sur la proposition de M. Reliquet, la Société décide qu'elles seront insérées au procès-verbal.

La Société décide également qu'elle procédera, dans la prochaine séance, à l'élection d'un secrétaire général en remplacement de M. Thorens, décédé.

M. Abadie lit un mémoire intitulé : *Sur quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales.* (Sera publié.)

M. Dehenne : Le mémoire de M. Abadie peut se diviser en deux parties. Dans la première partie, il veut nous démontrer qu'une névrite optique d'origine cérébrale a pu être prise pour une névrite albuminurique, et *vice versâ*. Le fait est possible, mais je le crois extrêmement rare. 99 fois sur 100, en dehors de l'examen ophthalmoscopique, les commémoratifs, l'examen des urines, etc., nous permettent de poser un diagnostic très exact, et c'est justement dans ces cas-là que l'ophthalmoscope rend les plus grands services à la médecine générale, et permet de dévoiler des affections dont on ne soupçonnait pas l'existence. Les névrites des tumeurs ont des caractères bien tranchés que

je ne rappellerai pas. Quant à la névrite albuminurique, elle a aussi une physionomie spéciale bien caractéristique, mais je crois que M. Abadie a le tort de vouloir trop préciser ces caractères. J'ai cité des cas de *névrite maculaire et périmaculaire* bien nette que l'on aurait pu prendre pour de la névrite albuminurique, et qui était bel et bien syphilitiques. Je n'insisterai pas non plus sur le fait qui a été signalé ici même par M. Abadie, il y a deux ans, et qui a été confirmé par moi-même depuis, c'est qu'une névrite peut parfaitement être d'origine rénale, sans que, pour cela, on trouve dans tous les cas, et forcément, de l'albumine dans les urines au début des altérations rétiniennes. Sa présence peut n'être constatée que deux mois, six mois, un an même après le début des accidents oculaires. Mais ce fait, tout intéressant qu'il soit, n'a aucun rapport avec son travail d'aujourd'hui.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Abadie cite une observation très curieuse où une névrite optique ne présentait aucun des caractères des névrites par tumeurs cérébrales, et néanmoins, à l'autopsie, on trouva une tumeur étalée en nappe à la convexité du cerveau, et sur une grande étendue. Notre collègue pense que le genre de névrite qu'il a observé pourrait être pathognomonique des tumeurs étalées. Le fait est possible; mais je lui rappellerai qu'il y a une douzaine d'années, M. le docteur Parinaud, dans sa thèse sur la névrite optique, a parfaitement établi que la névrite par étranglement (staungs papil) ne se présentait que dans les cas où il y avait en même temps œdème cérébral. Il est plus que probable que, dans le fait rapporté par notre collègue, l'œdème cérébral faisait défaut.

M. Fraigniaud : Je demanderai à M. Abadie si toute lésion rénale est possible à reconnaître par l'examen des fonds de l'œil, lors même que la malade n'accuse pas de troubles visuels.

Voici un fait. Je viens d'assister à la terminaison malheureusement fatale d'un cas d'urémie d'origine goutteuse. Le malade, dont la diathèse remontait à un très grand nombre d'années, avait eu il y a trois mois des coliques néphrétiques qui ont duré presque sans interruption jusqu'à quelques jours avant sa mort. Le rein gauche fut le premier et le plus longtemps en scène, puis vint le rein droit. Chaque jour il rendait des graviers rouges d'acide urique, qui, recueillis, ont fourni un amas considérable. La quantité d'urine était normale. Il s'y ajoutait des sueurs abondantes, même excessives, pendant la nuit. Cependant ces accidents semblaient apaisés depuis quinze jours et, profitant des premières chaleurs, le malade commençait à sortir, lorsqu'il fut pris d'un mal de tête des plus violents et continu. Il lui semblait qu'il avait une calotte de plomb. En même temps ses transpirations habituelles se supprimaient, ses urines devenaient moins abondantes, sans pourtant contenir d'albumine. Sa physionomie changea à vue d'œil. Ordinairement gai et communicatif, il devint triste, concentré, et ses traits s'altérèrent. Je m'entourai des meilleurs conseils. Le régime lacté suivi jusque-là fut appliqué encore plus sévèrement. Nous cherchâmes à mettre en jeu toutes les voies d'élimination. Ce fut en vain. Le malade fut lentement envahi et termina sa vie dans le coma, mais sa vue se conserva intacte jusqu'à la fin. Le diagnostic porté fut: urémie d'origine goutteuse, œdème cérébral. Aurions-nous eu, par l'examen des fonds de l'œil, une garantie de plus ?

M. P. Bouloumié : En écoutant la très intéressante communication de notre collègue M. Abadie, je me suis rappelé deux faits que je tiens à citer pour appuyer l'hypothèse qu'il vient d'émettre en dernier lieu, de l'existence de certaines formes graves de néphrite interstitielle dans lesquelles l'examen du fond de l'œil constitue un élément très important de diagnostic et de pronostic, alors qu'encore l'albuminurie fait défaut.

Il s'agit de deux malades de 36 à 40 ans qui présentaient des symptômes vagues de néphrite interstitielle du côté du cœur, du côté des urines et de l'appareil urinaire, et chez lesquels l'examen ophthalmoscopique me permit d'établir, je peux dire sûrement, le diagnostic, puisque l'évolution ultérieure de la maladie en démontra le bien fondé. De ces deux malades, l'un vécut dix-huit mois, l'autre deux ans, après la constatation de la lésion oculaire, survie de bien courte durée, eu égard à la bénignité apparente des symptômes existant lors de mon examen.

Ces faits, comme ceux dont a parlé M. Abadie, sont d'autant plus importants à connaître qu'ils permettent d'établir le diagnostic de la néphrite en l'absence de l'albuminurie, et dans des circonstances où cette absence ferait précisément rejeter ce diagnostic par un certain nombre de nos confrères qui n'admettent l'existence de la néphrite qu'autant qu'il y a albuminurie; ils empruntent, en outre, un très grand intérêt à ce fait qu'en ce moment, cliniciens et anatomo-pathologistes, revenant sur les distinctions trop absolues établies entre les néphrites parenchymateuses et les néphrites interstitielles, auraient, ce me semble, quelque tendance à diminuer un peu trop l'importance de celles-ci au profit de celles-là.

M. Abadie : Je répondrai à M. Dehenne que j'ai tenu simplement a montrer que, dans certains cas rares, à la vérité, mais qu'il importe néanmoins de bien connaître, la névrite optique des tumeurs cérébrales, si caractéristique d'habitude, peut revêtir un aspect particulier qui pourrait faire croire à une rétinite albuminurique. Pour éviter une telle méprise, outre les phénomènes généraux concomitants, dont on devra tenir compte, on apportera une grande attention à l'exploration de la région maculaire, et on reconnaîtra que, même dans ces formes anomales de névrite, la figure étoilée si caractéristique de la rétinite albuminurique ne s'y trouve que grossièrement ébauchée. L'intensité maximum des lésions reste concentrée sur le nerf optique.

Par contre, dans les rétinites d'origine rénale qui, s'accompagnant de névrite, pourraient à leur tour être prises pour des névrites optiques symptomatiques de tumeurs cérébrales, l'inverse a lieu, c'est-à-dire que les lésions maculaires conservent leur forme et leur aspect habituel, tandis que l'inflammation du voisinage du nerf optique n'est pour ainsi dire qu'accessoire et peu intense.

Enfin, l'intérêt de l'observation du malade atteint de gliome diffus du cerveau consiste en ceci : c'est que j'ai pu, dès la première heure, examiner les nerfs optiques et suivre pas à pas leur désorganisation progressive sans qu'il y ait eu à aucun moment trace de névrite optique. Si donc, chez un malade soupçonné atteint de néoplasme intra-crânien, des troubles visuels se montrent, s'aggravent et aboutissent à la cécité, l'absence de névrite ne suffira pas pour exclure le diagnostic de tumeur, seulement les probabilités seront en faveur d'un néoplasme diffus qui, au lieu de faire relief à la surface du cerveau, s'est diffusé dans son épaisseur.

Quant à la question qui m'a été adressée par M. Fraigneaud, et au cas auquel il a fait allusion, je lui dirai que chez son malade il s'agissait probablement d'un rein goutteux ou atteint de pyélo-néphrite calculeuse. Je n'ai pas, du reste, soutenu qu'une double rétinite était le symptôme obligé de toute néphrite interstitielle. J'ai dit simplement qu'il en existe une forme fort grave (car jusqu'ici tous les malades que j'ai observés ont succombé), dont un des symptômes les plus précoces est l'apparition de troubles visuels causés par des lésions rétiniennes. En outre, comme l'apparition de l'albumine dans les urines y est transitoire et souvent très tardive, cette forme de néphrite interstitielle est souvent méconnue, raison de plus pour attirer sur elle l'attention des cliniciens et signaler l'importance de l'examen ophthalmoscopique.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire général, Pellier.

VARIÉTÉS

LA CULTURE ET LA RÉCOLTE DE L'OPIUM EN TURQUIE.

Depuis quelques années, le gouvernement turc encourage la propagation de la culture du pavot et la récolte de l'opium dans les districts agricoles de la Macédoine. La variété recommandée est le pavot à fleurs blanches et à graines jaunes de préférence aux espèces à fleurs rouges et à graines de couleur foncée. Le moment de la récolte de l'opium est celui où la capsule prend une teinte jaunâtre et se recouvre d'un vernis circux appelé vulgairement cougouk. C'est alors qu'on pratique une incision semi-

circulaire au moyen d'un couteau spécial. Le suc laiteux s'écoule sous forme de larmes qui, après vingt-quatre heures, font la consistance d'une pâte jaunâtre. On a soin, en recueillant ce produit, de le mélanger avec le cougok.

La récolte n'est fructueuse qu'à condition de s'opérer à l'époque favorable et par un temps sec. On a aussi noté qu'elle est peu abondante quand, vers le temps de la maturité, un vent sec et froid vient à souffler. L'opium n'est pas le seul produit qu'on retire du pavot. Ses graines sont utilisées pour l'extraction d'une huile qui, obtenue à froid, est comestible, et, obtenue à chaud, sert à des usages industriels. Enfin, d'après le *Pharmaceutical Journal*, les capsules sont incinérées après la récolte des graines et leurs cendres sont employées à Korahissar pour le blanchiment du coton. — C. L. D.

FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE LA GOUTTE. — Bouloumié.

Chloroforme	10	grammes.
Essence de térébenthine	10	—
Baume tranquille	30	—

Mêlez. — Onctions sur la jointure qui est le siège de la goutte aiguë. — Pendant la période chronique, on a recours au massage, et on frictionne deux fois par jour avec le mélange suivant :

Baume de fioravanti	50	grammes.
Alcoolat de lavande	20	—
Alcoolé de quinquina	20	—
Alcoolé de noix vomique	10	—

N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — La médecine légale et la médecine mentale viennent de faire la perte la plus cruelle dans la personne de M. Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, médecin en chef de l'infirmerie spéciale près le Dépôt de la préfecture de police, membre fondateur de la Société de médecine légale, ancien président de la Société médico-psychologique, officier de la Légion d'honneur.

Les obsèques de M. Legrand du Saulle auront lieu, à Notre-Dame, le samedi 8, à midi précis. Les personnes qui n'ont pas reçu de lettre sont priées de considérer le présent avis comme une convocation.

— Le Collège chirurgical de Dublin a, dans sa dernière séance solennelle, proclamé M. Pasteur professeur honoraire.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes dont les noms suivent et qui se sont signalées par leur participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1882 :

Médailles d'or : M. le professeur Poincaré (de Nancy) et M. Faucher, ingénieur en chef des poudres et salpêtres.

Rappel de médaille d'or : M. Delcominète, pharmacien-professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

Médailles d'argent : MM. le professeur J. Arnould, à Lille ; Lefèvre, professeur au Lycée de Versailles ; le professeur Layet, à Bordeaux ; Clouet, pharmacien-professeur à l'École de médecine de Rouen ; Herbelin, professeur à l'École de médecine de Nantes ; docteur Hugot, vice-président du Conseil du département de l'Aisne ; docteur Raymondaud, membre du Conseil du département de la Haute-Vienne.

Rappels de médailles d'argent : MM. Andouard, pharmacien-professeur à l'École de

médecine de Nantes ; docteur Bancel, secrétaire du Conseil du département de Seine-et-Marne ; Gebhart, pharmacien, secrétaire du Conseil du département des Vosges.

Médailles de bronze : MM. Rambaud, pharmacien-professeur à l'École normale de Poitiers ; Bor, pharmacien-professeur à l'École de médecine d'Amiens ; docteur Deshayes, secrétaire du Conseil du département de la Seine-Inférieure ; docteur Hébert, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Defferre, pharmacien, secrétaire du Conseil du département du Gard ; Dussaussoy, ancien pharmacien à Laon, membre du Conseil du département de l'Aisne.

Le centenaire de Parmentier. — Des fêtes ont eu lieu à Mondidier (Somme) pour célébrer le centenaire de Parmentier, l'introducteur de la pomme de terre en France. Ces fêtes ont commencé le lundi de Pâques ; elles dureront jusqu'au 9 mai. Les fêtes comprennent une exposition agricole, un concours de gymnastique, etc. Le dimanche 9 mai, M. Goblet, ministre de l'instruction publique et député de la Somme, et M Jules Develle, ministre de l'agriculture, iront assister à la dernière journée des fêtes ; ils assisteront à un banquet d'honneur. La distribution des récompenses aura lieu sur la place de l'Hôtel-de-Ville. L'éloge de Parmentier, au pied de la statue, sera prononcé par M. Heuzé, inspecteur honoraire de l'agriculture. La Société des agriculteurs de France a désigné une délégation de vingt membres pour la représenter à Montdidier. Le général Boulanger a délégué M. le pharmacien inspecteur Coulier, ainsi que l'un de ses officiers d'ordonnance.

M. Chevreul a écrit au président du centenaire une lettre par laquelle il s'excuse de ne pouvoir, vu son grand âge, assister à cette cérémonie. Lundi dernier, MM. Coulier, Chatin, Bourgoin et Planchon (de l'École de pharmacie de Paris), ont prononcé des discours et résumé la vie si bien remplie de Parmentier. (*Progrès médical.*)

École de médecine de Nantes. — M. Cesbron, pharmacien de 1re classe, est chargé, à titre provisoire, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Lefèvre (Jacques-Julien), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, agrégé de physique, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et les organes génitaux de la femme, le mercredi 12 mai, à la Salpêtrière, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants. — Opérations le samedi.

Société médico-pratique. — Séance du 10 mai. — *Ordre du jour :* 1. M. Ed. Michel : Rapport sur l'honorariat de M. Barnier. — 2. Rapports de MM. Richelot, Valude, Berne, Odin et Deniau sur les candidatures de MM. Jamin, Hitier, Trousseau, Cazeaux et Collin. — 3. M. Gilson : Des obsessions anxieuses, à propos d'un cas d'onomatomanie. — 4. M. Brocq : De la méthode à suivre dans le traitement du lupus érythémateux et de quelques autres dermatoses. — 5. M. Huchard : Note sur une nouvelle autopsie d'angine de poitrine. — 6. M. Richardière : Accidents déterminés par la suppression de la morphine chez un morphinique atteint de pneumonie. — 7. Convocation de la Commission des candidatures.

Le Goudron Freyssinge est la seule liqueur concentrée de goudron de Norvège qui, à la dose de une cuillerée à café par verre ou deux cuillerées à soupe par litre d'eau, reproduise exactement l'eau de goudron du Codex, si efficace contre les *affections chroniques* de la *poitrine* et de la *vessie*.

Le Quinium Roy granulé, formé de l'extrait aqueux de quinquina uni au Quinium, l'un contenant le tannin, l'autre tous les alcaloïdes, représente exactement la poudre de quinquina moins les parties inutiles. Il est soluble dans le vin et l'eau et s'emploie à la dose de 1/2 cuiller à café à 1 cuiller à bouche.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Algan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — II. Bibliothèque : Mémoires de chirurgie. — Manuel de pathologie externe. — III. Revue des Journaux : De l'étiologie et de la pathogénie du tétanos. — Guérison d'un cas de méningite tuberculeuse par l'iodoforme. — Fièvre aphteuse chez l'homme. — IV. Sociétés médicales des départements : Société médicale de Reims (2e sem. 1885). — Société de médecine de Rouen (2e sem. 1885). — V. Céphalotribe Pajot. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Variétés : La fièvre typhoïde au camp du Pas-des-Lanciers en 1885. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (1)

Par L.-G. Richelot.

J'espère vous avoir démontré, Messieurs, que l'opération est simple et peut être abordée sans crainte. Est-ce à dire que jamais nous n'aurons la moindre difficulté à placer ou à maintenir la canule? Je ne l'affirmerai pas. Mais, dès à présent, nous pouvons dire que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne n'a trompé aucune espérance, amené aucun déboire, et que les faits ont répondu victorieusement aux objections qu'on avait pu soulever.

La question s'est présentée pour la première fois à la Société de chirurgie en 1878 avec le rapport de M. Nicaise sur la première observation de Krishaber. Le rapporteur montre bien la simplicité de l'opération, juge qu'elle doit rester dans la pratique, mais ne la recommande que si la trachéotomie paraît difficile ou dangereuse : vaisseaux volumineux, hypertrophie thyroïdienne, court espace du cricoïde au sternum.

En 1882, dans une discussion nouvelle suscitée par mon premier fait, M. Nicaise a gardé la même réserve; mais d'autres chirurgiens ont exprimé une opinion plus décisive. M. Verneuil déclare que l'opération est excellente et peut, dans la plupart des cas, remplacer la trachéotomie, M. Farabeuf l'a souvent répétée sur le cadavre et l'enseigne aux élèves, qui la réussissent d'emblée. D'autres orateurs, qui ont fait l'opération ou l'ont vu exécuter par Krishaber, déclarent qu'elle est sans périls et que la canule est très bien supportée pendant de longs mois.

M. Chauvel, au contraire, a éprouvé des difficultés assez graves pour hésiter à nous suivre. Mais dans le seul cas où notre excellent collègue du Val-de-Grâce ait pratiqué l'opération, il a fait usage d'une canule ayant le double défaut d'être ordinaire et volumineuse, puis d'une autre plus petite mais toujours ordinaire, qui ne voulut rester en place qu'après l'incision du cricoïde. C'est un essai à recommencer.

La note la plus discordante, comme on pouvait s'y attendre, est venue de M. Desprès. L'honorable contradicteur s'indigne qu'on veuille « proscrire la trachéotomie, qui a été considérée comme une des plus grandes conquêtes de la chirurgie moderne ». Ceci n'est pas un argument; voyons s'il en a de plus sérieux.

Il faut que la canule conserve un certain degré de mobilité; or, avec le procédé de Krishaber, « elle *doit* être fixe et produire ainsi des ulcérations de la paroi postérieure ». Mais les observations déjà nombreuses publiées depuis cette époque démontrent que la canule n'est pas serrée. Chez mon second malade, elle s'échappait souvent, et lui-même la replaçait sans dif-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 11 avril 1886.

©BIU Santé

ficulté ; j'ai omis ce détail dans l'observation, tant il a peu d'importance. Quant aux ulcérations de la paroi postérieure, on ne les a jamais vues.

« L'opération est mauvaise si la canule doit rester longtemps en place, car elle se trouve dans un anneau rigide et tous les mouvements de déglutition et de respiration se traduisent par un frottement pénible ». Je n'accorde à M. Desprès qu'une légère dysphagie les premiers jours. Tous les observateurs affirment que la canule est parfaitement tolérée pendant un an et plus ; je vous l'ai montrée fonctionnant bien après 19 mois.

« Une canule de petit diamètre n'est pas suffisante ; avec une canule d'enfant les adultes ne peuvent pas respirer. » Mais une canule de 9 à 10 millimètres n'est pas une canule d'enfant, et nous avons vu qu'elle suffit toujours quand la trachée est libre.

M. Desprès cite une observation du professeur Gosselin, où se trouve à l'autopsie une fracture du cricoïde. Le malade n'en est pas mort, et je ne crois pas l'accident bien grave. Quoi qu'il en soit, la canule de M. Gosselin avait 12 millimètres ; or, MM. Nicaise et Farabeuf ont remarqué dans leurs expériences, que le cartilage peut être rompu si la canule est trop grosse et si le bistouri a fait une entaille légère à son bord supérieur.

Enfin, M. Desprès triomphe sur une observation de M. Verneuil, où « le bec de la canule, bridée dans l'espace crico-thyroïdien, a ulcéré la trachée et le tronc brachio-céphalique artériel. La trachéotomie n'a jamais été suivie d'accidents analogues ». Ici, l'orateur fait preuve de quelque témérité : MM. Roger, Barthez et Sanné ont cité des cas de perforation des voies aériennes par la pression de la canule, après la trachéotomie ; M. Roger trouve des ulcérations dans le cinquième des cas. M. d'Heilly a communiqué, le 11 avril 1884, à la Société médicale des hôpitaux, un exemple de perforation de la trachée et du tronc brachio-céphalique artériel dans les mêmes conditions ; un auteur anglais, cité par lui, a vu deux fois le même accident. M. Bataille, interne provisoire dans le service de M. d'Heilly, a présenté à la Société anatomique, le 2 mai 1884, six observations recueillies en un seul mois, dans lesquelles on voit le bec de la canule entamer profondément plusieurs anneaux de la trachée, la partie inférieure de l'ulcération répondant au point où passe le tronc brachio-céphalique. Dans deux cas il y eut hémorrhagie foudroyante par la plaie trachéale : l'un de ces derniers faits est celui que M. d'Heilly venait de communiquer ; l'autre paraît analogue de tous points, mais l'autopsie manque.

En résumé, M. Desprès peut en être convaincu, l'ulcération des voies aériennes par la pression de la canule est un accident de la trachéotomie ; disons mieux, c'est un accident de la bronchotomie, qui ne dépend pas du lieu où la canule est enfoncée, et qui, par suite, ne peut servir d'argument contre l'une des opérations rivales. Aussi bien, dans le cas de M. Verneuil, le cou était d'une telle brièveté qu'on ne pouvait placer la canule ailleurs que dans l'espace crico-thyroïdien ; voilà qui suffirait à légitimer la conduite de l'opérateur.

Un dernier mot : nous avons pu craindre, au début, l'inflammation propagée aux cordes vocales, mais les faits ont dissipé cette crainte. Chez un de mes malades, j'ai constaté pendant un mois un peu de rougeur de ces replis, mais aucun symptôme alarmant ni aucune gêne.

Allons-nous maintenant, pour terminer ce débat, tracer un parallèle entre les deux procédés de bronchotomie et chercher leurs indications

respectives? Je puis me résumer ici en quelques mots, sans passer en revue tous les cas où l'ouverture des voies aériennes s'impose à nous. Il est bien évident que, pour un obstacle siégeant dans la continuité de la trachée, il n'est pas question d'ouvrir le larynx. Mais en dehors des faits de cet ordre, en vérité, je ne vois que des contre-indications à la trachéotomie, comparée à sa rivale : vaisseaux nombreux et gorgés de sang, hypertrophie thyroïdienne, déviation de la trachée par une tumeur, brièveté extrême du cou et profondeur des voies aériennes, déformation de la région par l'emphysème, par des lésions inflammatoires ou cicatricielles. Dans toutes ces conditions, qui dérobent la trachée ou rendent sa recherche périlleuse, le larynx est toujours visible, superficiel, facile à découvrir sans léser ni vaisseaux ni organes.

On a donné les altérations graves du larynx comme une contre-indication à l'opération de Vicq-d'Azyr. Je le crois sans peine, s'il s'agit d'une tumeur saillante en avant, déformant la région, voilant l'espace membraneux, ou d'une destruction avancée des cartilages par suppuration et nécrose. Il est facile d'imaginer des cas où la recherche de la trachée paraîtra plus sûre; et je ne soutiendrai pas qu'il faille disséquer péniblement une région profondément altérée sur la ligne médiane, pour s'exposer à des pressions douloureuses, à l'exacerbation des phénomènes locaux. Mais s'il est facile d'imaginer des cas de ce genre, il est plus difficile de les rencontrer, et je ne crois pas qu'il faille exagérer cette réserve; à preuve trois de mes malades, dont les cartilages étaient partiellement détruits, fracturés par le tubercule ou le cancer, qui ont très bien toléré la canule, et chez qui l'opération a donné tous ses effets utiles.

Il est enfin des malades dont la région cervicale est saine, mince, et ne fait prévoir aucune difficulté insurmontable; on n'a que l'embarras du choix. Je dis qu'alors même il faut choisir la laryngotomie, la seule des deux opérations qui n'ait pas de surprises. Je dis qu'il faut répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, à tous ceux qui sont appelés à intervenir d urgence, un conseil qui pourra vous sembler excessif, mais que je crois utile aux malades et que je n'hésite pas à formuler :

Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence.

BIBLIOTHÈQUE

MÉMOIRES DE CHIRURGIE, t. IV. — *Traumatisme et complications*, par M. le professeur VERNEUIL. — Paris, G. Masson, 1886.

Ce volume comprend, comme préface, le discours prononcé par M. Verneuil au Congrès de Grenoble l'année dernière, une réponse aux critiques qui ont été adressées à ce discours, et, en guise de pièces justificatives, plusieurs documents tendant à démontrer que notre éminent maître n'est pas aussi opposé aux interventions chirurgicales et aux progrès de la chirurgie opératoire que d'aucuns ont bien voulu le dire. Ceux qui auraient besoin de cette démonstration pourront lire sa leçon d'ouverture de la clinique chirurgicale de la Pitié, en novembre 1885 ; ils y trouveront énumérés tous les points de la chirurgie, scientifique ou pratique, auxquels son nom restera attaché, et aux progrès desquels il a contribué, soit par son initiative personnelle, soit en adoptant l'un des premiers, sinon le premier, des idées émises par d'autres et dont la valeur,

©BIU Santé

souvent mise en doute à leur origine, a fini par être reconnue d'une manière éclatante: c'est presque le résumé des progrès de la chirurgie depuis trente années.

Les travaux réunis dans ce quatrième volume ont trait à certains points du traumatisme et à quelques-unes de ses complications, étudiés au point de vue de la pathogénie, de la pathologie générale ou descriptive, et de la thérapeutique : les lésions traumatiques en général ; les plaies cavitaires, étudiées par MM. Mouronval et Jeannel ; la méso-histologie, ou l'étude des milieux où vivent les éléments anatomiques, à l'état normal et à l'état pathologique ; l'action différente exercée sur les tissus par les fluides physiologiques ou pathologiques suivant qu'ils sont normaux ou altérés ; les phénomènes à distance (H. Fichot).

Les complications dont il est question sont : la *pyohémie*, qui, bien que devenue très rare, se montre encore quelquefois, non plus à l'état épidémique, mais à l'état sporadique (observations de M. Tuffier); — l'*érysipèle*, qui, lui, existe encore à l'état épidémique, et qui, postérieurement à la dernière communication de M. Verneuil à l'Académie de médecine, s'est encore montré sous cette forme à la clinique chirurgicale de la Pitié. M. Verneuil profite de ce nouveau retour de l'ennemi pour réclamer encore une fois des améliorations dans l'hygiène hospitalière, et surtout la création de pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses. Ces travaux relatifs à l'érysipèle constituent le chapitre le plus important du volume, car il comprend, en 300 pages de texte très compact, tout ce que M. Verneuil a écrit sur ce sujet, soit par lui-même, soit par la main de ses élèves : Dehenne, Barbanneau, Révouy, Maldant, Petit, Dave, etc. On lira avec grand intérêt deux notes inédites sur le pseudo-érysipèle en cas de rétention lymphatique, et sur le pronostic de l'érysipèle ; — la *fièvre traumatique*, soit primitive, comme l'a étudiée M. Maunoury, soit consécutive aux plaies cavitaires (M. Jeannel), soit épitraumatique, c'est-à-dire survenant après un traumatisme, mais pouvant en être indépendante, comme celle qui traduit un rappel de paludisme, par exemple ; — les *éruptions cutanées chirurgicales :* herpès traumatique, symptômes cutanés dans la pyohémie, éruptions cutanées après les opérations et dans le cours des affections septicémiques chirurgicales (Tremblez), avec un appendice résumant les faits nouveaux publiés depuis 1876. — Mentionnons encore les chapitres relatifs à l'influence des maladies intercurrentes sur le traumatisme, rédigés d'après la thèse de M. Dunoyer (1879), à laquelle ont été faites de nombreuses additions ; — aux arthrites et hydarthroses du genou consécutives à la lymphangite du membre inférieur et à la phlébite de la veine poplitée, et une courte, mais intéressante note de M. Maunoury sur la fièvre traumatique à la campagne.

La partie thérapeutique comprend plusieurs chapitres disséminés dans le volume : sur l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses, note présentée en 1879 à l'Académie de médecine, et que M. Verneuil a insérée dans sa préface, avec les pièces justificatives, pour faire voir que, si à cette époque déjà, il s'élevait contre les abus des entreprises chirurgicales hasardeuses, il n'en admettait pas moins leur emploi lorsqu'elles étaient justifiées par l'impuissance des moyens plus simples ; — la pulvérisation prolongée ou continue comme procédé de la méthode antiseptique, avec nouvelles observations confirmant l'utilité de ce procédé et du bain antiseptique continu ; l'application de la méthode antiseptique au traitement des plaies des cavités muqueuses ; l'association des procédés antiseptiques dans le poly-traumatisme et dans les plaies cavitaires ; — deux notes sur le traitement de l'érysipèle par la médication interne (jaborandi) et par les applications antiseptiques externes, et en première ligne la pulvérisation antiseptique prolongée.

Ce volume sera donc consulté avec autant de profit par les praticiens, qui y trouveront des indications thérapeutiques précises et des procédés antiseptiques à la portée de tous, que par ceux qui s'adonnent à l'étude des problèmes les plus ardus de la pathologie générale chirurgicale. — L.-H. Petit.

Manuel de pathologie externe, par MM. Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly
Tome II : *Maladies des régions ; tête et rachis*, par M. Kirmisson.

Cet ouvrage, dont nous avons présenté l'année dernière le premier volume aux lecteurs

de l'*Union médicale*, devait, avons nous dit, se compléter par la publication régulière de trois autres volumes consacrés aux *maladies des régions*. A peine notre article bibliographique avait-il paru que la librairie G. Masson annonçait et mettait en vente le deuxième volume dû à la plume de M. Kirmisson et consacré à la description des maladies chirurgicales de la *tête et du rachis*.

On n'exigera certainement pas que nous donnions une analyse détaillée de ce second volume, et nous croyons devoir nous borner à en apprécier l'esprit et le caractère général. Un manuel n'est pas, sans doute, une œuvre originale dans toute l'acception du mot. Destiné seulement à mettre le lecteur au courant de la science telle qu'elle est au moment précis où paraît le livre, il doit en présenter le résumé, en quelque sorte la photographie réduite. Mais, outre les qualités que l'on est en droit d'exiger d'une bonne épreuve photographique, c'est-à-dire la clarté et la fidélité, il convient encore de faire la part du talent de l'auteur, de l'art avec lequel il a su composer son livre, en disposer les plans, placer au premier les objets principaux et reléguer au second ceux de moindre importance.

Le livre de M. Kirmisson présente le tableau fidèle de l'état actuel de la chirurgie en ce qui concerne les maladies des régions de la tête et du rachis.

L'auteur y étudie successivement dans autant d'articles distincts : 1° les lésions traumatiques, 2° les maladies inflammatoires; 3° les néoplasmes ou tumeurs, 4° les vices de conformation.

Cette division méthodique, facile à retenir, embrasse dans un cadre simple, nettement circonscrit et suffisamment compréhensif, toute la pathologie chirurgicale de chaque région ainsi mise à l'étude. Lire, classer, coordonner les innombrables documents publiés tant en France qu'à l'étranger sur les affections chirurgicales de la tête et du rachis, opérer dans cette masse énorme un triage intelligent et une sélection sévère, en extraire la quintescence, pour ainsi dire, fondre le tout pour en faire un aliment complet, de digestion et d'assimilation faciles, une telle œuvre menée à bonne fin représente une somme considérable de travail. Mais M. Kirmisson a visé plus haut et plus loin. Non seulement il analyse et expose dans son livre les idées et les travaux des autres, mais il apporte son contingent de faits et d'idées personnelles, et formule des jugements marqués au coin de la sagesse et du bon sens.

Telle est l'impression sincère que nous avons éprouvée en parcourant ce livre. Le nouveau volume nous paraît donc devoir prendre une place très honorable à côté de celui de M. Reclus. Pour être nés à un an de distance, on peut dire que les deux premiers volumes du *Manuel de pathologie externe* sont jumeaux par le mérite et le talent.

A. T.

REVUE DES JOURNAUX

De l'étiologie et de la pathogénie du tétanos, par le docteur Ozenne. — *Le tétanos est-il une maladie infectieuse?* Grave question et problème difficile, dont la solution est encore à trouver. L'examen critique des différentes théories émises à ce sujet fait l'objet de l'intéressante revue du docteur Ozenne.

Lorsqu'on analyse chacune des causes invoquées en faveur du développement du tétanos, on voit, par l'interprétation rigoureuse des faits, qu'elles sont toutes passibles de sérieuses objections, et que toutes les blessures et toutes les conditions peuvent se retrouver dans le tétanos traumatique; si d'ailleurs le tétanos spontané semble être lié à quelque perturbation telluro-atmosphérique, pas plus que pour le tétanos traumatique nous ne connaissons l'influence pathogénique. Et cependant trois théories ont été émises pour l'expliquer.

La première, la théorie musculaire (Docteur Martin, de Pedro) d'après laquelle le tétanos serait de nature rhumatismale, est une pure hypothèse, à peu près complètement abandonnée aujourd'hui.

La théorie nerveuse peut être subdivisée en théorie de la myélite (qu'il faut écarter, car bien souvent il n'y a aucune trace de myélite) et en théorie de l'action réflexe.

©BIU Santé

Malgré l'exactitude des faits sur lesquels repose cette dernière, la clinique démontre chaque jour que le contraire existe également, et que là aussi il y a une inconnue.

Aussi a-t-on émis une troisième théorie, théorie humorale, nullement en contradiction avec l'acte réflexe, et qui consisterait « en une intoxication de l'économie par un poison spécial qui, fabriqué soit dans la plaie, soit dans la sueur, et résorbé au moment du réfroidissement, irait provoquer l'activité de la moelle et déterminer des impulsions motrices. » L'idée d'un élément infectieux, dont la priorité revient à Benjamin Travers, est soutenue par Rose, Panum, Richardson, Simpson. Conval et Sanques insistent sur la combinaison du paludisme et du tétanos. Et cependant Arloing et Tripier ne peuvent arriver à reproduire expérimentalement la maladie par inoculation. Malgré ces conclusions relatives, on n'abandonne pas encore cette théorie (Desprès, Labbée, Berne, Edward Kelly, Heiberg, Husemann, Conner). Follin, Billroth, Vulpian pensent, malgré l'analogie incomplète des accidents (Richelot), à une altération particulière du sang du genre de celle que crée l'empoisonnement par la strychnine. Enfin Lister, par l'application de sa méthode, voit diminuer les cas de tétanos, qu'il attribue à des germes (Reclus).

De nouvelles expériences, faites pour trancher la question, donnent un résultat négatif à Nocard (1882), un résultat positif à Carle et Rattone (1884), qui arrivent à transmettre le tétanos de l'homme au lapin et du lapin au lapin. Enfin Nicolaïdes produit un tétanos mortel et transmissible chez des lapins et des cobayes en leur inoculant un bacille fin, recueilli à la surface du sol dans des terrains humides. Ces expériences semblent bien en faveur d'un agent tétanigène.

Et d'ailleurs un certain nombre de faits ne sont-ils pas en faveur de la contagiosité du tétanos? C'est ainsi qu'on a pu en observer de véritables épidémies, particulièrement sous l'influence du temps froid et humide, peut-être condition favorable au développement de l'agent infectieux; c'est ainsi qu'au Brésil on admet la transmissibilité du tétanos du bœuf à l'homme, et Betoli cite l'exemple de trois esclaves qui eurent le tétanos pour avoir mangé du taureau tétanique.

Le docteur Ozenne cite un certain nombre de faits qui viennent encore confirmer cette contagiosité de tétanos. Mais quelle est l'origine de la contagion? Est-ce un microbe; ce microbe réside-t-il et se conserve-t-il dans le sol comme sembleraient le prouver les expériences de Nicolaïdes? Ou bien est-ce un poison d'une énergie considérable? Ce sont là autant de problèmes auxquels il est impossible de répondre actuellement. (*Arch. gén. de méd.*, mars 1886, p. 321-344.) — Dr E. Deschamps.

Guérison d'un cas de méningite tuberculeuse par l'iodoforme. — Un médecin suédois, le docteur Emile Milsson, dit avoir guéri un cas bien confirmé de méningite tuberculeuse par des frictions de pommade iodoformée (à 1 p. 10) sur la tête rasée au préalable.

Le malade était un enfant de 8 ans dont la mère était d'une famille phthisique et qui avait perdu quatre frères et sœurs de méningite tuberculeuse. Les symptômes présentés par l'enfant étaient les mêmes : douleurs de tête, torpeur, convulsions, strabisme et fièvre. On lui donna d'abord du calomel et de l'iodure de potassium, mais sans succès; au bout d'une semaine, le mal avait empiré, l'enfant ne pouvait plus prendre ni nourriture ni médicaments. La pâleur de la face fit place à de la rougeur. L'enfant se précipitait hors de son lit et présentait de la contracture clonique des membres et des muscles des joues. On rasa la tête, on la frictionna avec de la pommade iodoformée et on la recouvrit avec un capuchon de peau huilée. On répéta la friction trois ou quatre fois dans la journée, et, le lendemain, les convulsions avaient diminué, le sommeil fut plus calme, et les contractures spasmodiques, provoquées par la moindre chose, ne se produisaient plus si facilement. La raison revint peu de temps après et la face reprit une couleur plus naturelle. Cependant ce mieux fut accompagné d'un violent coryza, de rougeur des lèvres, d'une toux irritante; son haleine sentait fortement l'iodoforme. On cessa les frictions et on donna du sirop d'iodure de fer. Les symptômes désagréables disparurent rapidement et bientôt l'enfant guérit. (*British medical Journal*, 21 nov. 1885.)

H. P.

Fièvre aphteuse chez l'homme. — On a déjà publié un certain nombre d'articles à ce sujet, mais le document le plus sérieux est le rapport fait par le docteur M.-K. Robinson sur l'épidémie qui a eu lieu l'an dernier à Douvres, et qui prouve la transmission de la maladie chez l'homme par l'usage de lait de vaches atteintes de fièvre aphteuse. Un fait semblable a été mentionné en 1883 dans le *Médecin sanitaire de Norwich*; mais, dans ce cas, l'épidémie fut plus limitée. La dernière communication à ce sujet nous vient encore du docteur M.-K. Robinson, qui, dans le rapport sur l'état sanitaire du district rural de West Ashford, parle d'une épidémie de maux de gorge qui eut lieu en février 1884 à Bethersden. La maladie, une fois répandue, prit un caractère infectieux et sa propagation devint telle qu'on dut fermer les écoles. Au moment de l'explosion de la maladie, les communes environnantes n'avaient ni fièvre scarlatine, ni croup, ni diphthérie, etc., et il est avéré que les premières personnes atteintes prenaient leur lait dans deux fermes spéciales. On visita les deux fermes et on reconnut que le bétail avait été atteint précédemment de fièvre aphteuse, qu'une vache était encore malade et isolée des autres; que, dans les trois mois précédents, il y avait eu cinq cas de fièvre aphteuse parmi les bestiaux, et qu'un enfant avait été atteint de cette maladie, à l'époque où son père travaillait dans les excréments des bêtes malades. L'une des deux fermes était excessivement sale. Les symptômes constatés chez les personnes atteintes étaient les suivants : gonflement des ganglions cervicaux, éruptions herpétiques des lèvres et du nez, gonflement des articulations; symptômes qui surviennent souvent après avoir fait usage de lait provenant d'animaux atteints de fièvre aphteuse

En tenant compte des circonstances dans lesquelles ces cas se sont produits, principalement le rapport entre les premières attaques et l'usage du lait provenant des deux fermes en question et enfin l'infection produite par la diffusion des matières des animaux malades, le docteur Robinson conclut qu'il est impossible de ne pas faire un rapprochement entre l'épidémie et la fièvre aphteuse des vaches. Dans une autre partie du district, il est certain de l'existence de ce rapport entre une épidémie de diphthérie et le travail au milieu de l'engrais provenant d'animaux atteints de fièvre aphteuse. Ainsi, dans le district rural de Thanet, cette maladie apparut chez des enfants, et il fut évident que la vraie cause de la maladie provenait de ce que leurs pères ou des hommes habitant dans la maison travaillaient aux engrais de bêtes malades et rapportaient des excréments après leurs bottes à la maison. (*The Laneet*, 7 novembre 1885, p. 868.)

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

La *contagiosité de l'érysipèle* a été mise à l'ordre du jour de la Société par une communication de M. Langlet, où notre confrère de Reims signalait la contamination d'une sœur de l'hôpital qui soignait un malade atteint d'un érysipèle chirurgical. Cette sœur transporta la maladie dans une autre salle où, seule, elle avait accès et où les militaires sont hospitalisés. M. Luton a observé trois femmes qui contractèrent la maladie auprès d'un blessé atteint d'érysipèle.

Un cas de *cirrhose sans ascite* a été étudié par M. Luton; la malade présentait tous les signes de l'ictère, mais ne fut jamais atteinte d'ascite. A l'autopsie, on constata l'accroissement de poids du foie, son état granuleux, sa couleur jaunâtre uniforme, la séparation de ses lobules par des trabécules de tissu conjonctif et l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques.

Le même observateur a fait aussi connaître les résultats thérapeutiques très heureux qu'il a obtenus par le *lavage de l'estomac dans l'obstruction intestinale*. Par un seul lavage, il fit cesser les vomissements fécaloïdes et constata la disparition de l'obstacle intestinal.

Dans la même séance, M. Mugnerot, interne de l'Hôtel-Dieu de Reims, a donné le récit clinique d'un *cas de charbon* qui fut traité par les injections interstitielles de tein-

ture d'iode au cinquantième. L'application des pointes de feu fut aussi prescrite avec succès et suivie de la diminution de l'œdème.

Trois cas d'*anémie pernicieuse progressive* se sont présentés à M. Henrot. Tous trois se terminèrent fatalement; les deux premiers, malgré l'emploi de la transfusion du sang; le troisième très rapidement. Celui-ci, il est vrai, présentait une tumeur pylorique d'aspect épithéliomateux qui fut constatée par l'autopsie.

M. Decès signale un cas de *luxation des quatrième et cinquième métatarsiens*. Le mécanisme de cette luxation a été le suivant : le malade porteur d'un fardeau considérable avait appuyé le pied sur le sol en lui imprimant un mouvement de torsion qui eut pour conséquence le déplacement des deux métatarsiens dont la réduction fut obtenue pendant le sommeil chloroformique.

Enfin, voici une communication de M. Luton sur l'*emploi thérapeutique de l'acétate de cuivre*, principalement dans la tuberculose pulmonaire. Il prescrit ce sel à la dose quotidienne de 1 centigramme, qu'il associe à 25 milligrammes d'extrait d'opium pour en faciliter la tolérance et procurer du sommeil au malade. Les pilules sont ingérées dans la soirée. Sous l'influence de l'acétate de cuivre, M. Luton a vu la toux, l'expectoration, la fièvre vespérale et les sueurs nocturnes diminuer. En même temps, les signes stéthoscopiques révélaient une amélioration des lésions pulmonaires, mais l'appétit ne s'améliorait pas. « En un mot, ajoute-t-il, il semble qu'à la fièvre hectique du phthi-« sique ait succédé une fièvre continue de nature infectieuse. » M. Luton considère cette action comme parasiticide et spécifique; cependant son collègue M. Poncer pense qu'on pourrait l'interpréter dans un autre sens, et regarder ce sel comme tonique et excitant.

De nombreuses présentations ont été faites dans le cours de ce semestre. M. Lévêque a soumis à ses collègues une *tumeur de la région sterno-mastoïdienne* ayant pour origine les ganglions lymphatiques profonds du cou; M. Delacroix, un *néoplasme de l'œil* dont le point de départ a été un traumatisme; M. Decès, un volumineux *kyste multiloculaire de l'ovaire;* et M. Moret, une *tumeur du front* de nature indéterminée, mais qui paraît être une chéloïde ou un molluscum. Enfin, M. Rebrire a entretenu ses collègues d'une *tumeur de la paroi abdominale*, et M. Ollivier leur a donné lecture d'un mémoire sur la *physiologie du protamœba primitiva*. — C. L. D.

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

Pendant ce semestre, les travaux de cette Société ont été peu nombreux. Il en est un cependant qui mérite de retenir l'attention; car il a pour objet un fait clinique qui, sans être absolument rare, n'en est pas moins fort intéressant. M. Paul Hélot l'a fait connaître à ses collègues sous la rubrique de *grossesse gémellaire avec mort de l'un des fœtus, continuation de la grossesse et accouchement à terme.*

Ce n'est qu'après l'accouchement que notre savant confrère put reconnaître ce fait par l'examen du délivre, et reconstituer l'histoire de la grossesse de cette femme alors en traitement dans son service hospitalier. Sur la surface fœtale du délivre, à 8 centimètre de l'insertion placentaire, se trouvait un petit fœtus aplati ayant l'aspect d'une médaille en relief incrustée en quelque sorte dans le tissu placentaire, et encore inclus dans une loge distincte de celle de sa sœur jumelle.

S'appuyant sur le témoignage des auteurs, et en particulier sur celui de MM. Tarnier et Chantreuil, M. Hélot remarque que cet aplatissement et cette momification fœtale s'expliquent ainsi. Les deux embryons étant greffés sur le même placenta, un département de ce dernier disparut après la mort du premier fœtus ainsi que le liquide amniotique. D'ailleurs ce placenta n'était devenu un que par la soudure des deux placentas par l'un de leurs côtés.

Le même intérêt s'attache aux deux observations de M. Gendron; toutes deux ont pour objet une *éruption cutanée d'origine nerveuse* : l'une, un *zona dans le cours d'une hémiplégie avec hémianesthésie*, ne rentre pas dans la catégorie de ces éruptions contemporaines de l'hémiplégie, puisque dans l'espèce elle s'est développée deux ans après la

perte de la motilité. D'autre part, il n'existait pas de troubles médullaires, de sorte que ce zona paraît plutôt en rapport avec une lésion de la partie postérieure de la capsule interne.

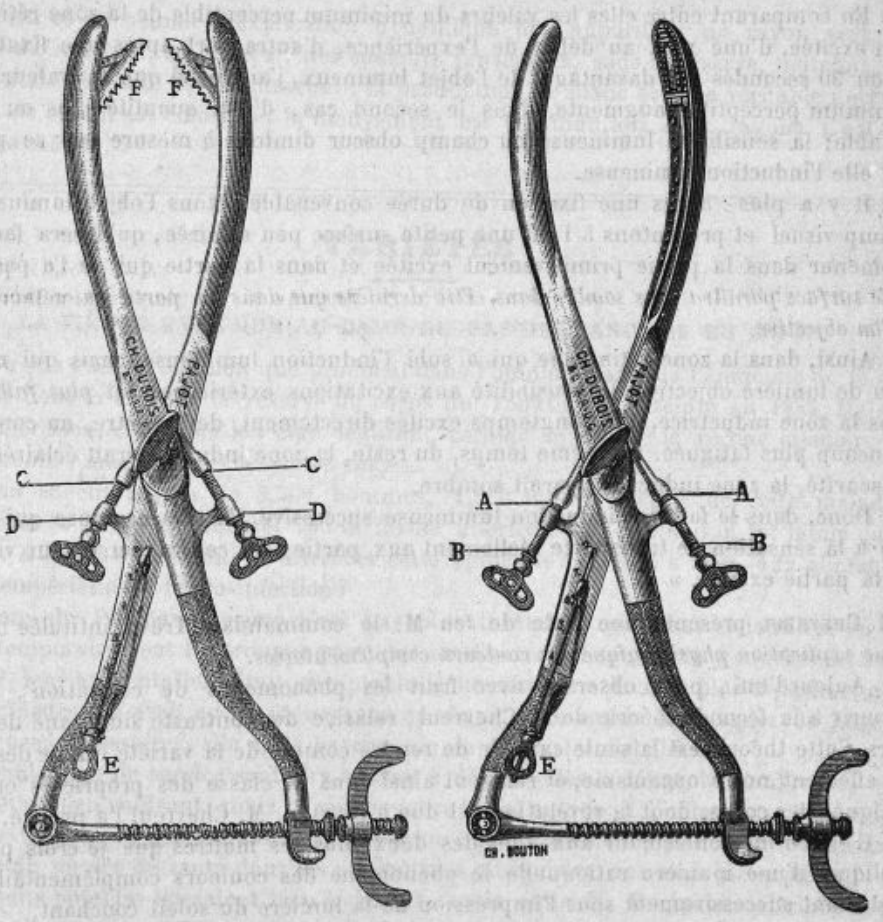
L'autre est un *eczéma d'origine névropathique* consécutif à une névralgie du plexus brachial, correspondant par son siège à la distribution cutanée du nerf circonflexe.

Dans la même séance, M. Cauchois présentait une *tumeur cysto-sarcomateuse de l'ovaire* pour laquelle il avait pratiqué l'ovariotomie quelques jours auparavant. Malgré des adhérences avec la paroi antérieure et l'épiploon, malgré la friabilité de l'enveloppe extérieure, l'opération heureusement conduite fait honneur à l'habileté chirurgicale et à la sagacité clinique de notre confrère.

Enfin, je signalerai un rapport de M. J. Hue sur un travail de M. Peyraud, ayant pour titre : *La composition de l'air de Vichy*, et pour but de démontrer la richesse en acide carbonique de l'atmosphère de cette station. — C. L. D.

Céphalotribe Pajot.

M. le professeur Pajot a présenté à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un nouveau céphalotribe, dont nous donnons la figure.



Cet instrument est destiné à empêcher l'échappement de la tête fœtale, par en haut, au moment de la compression. Le seul reproche qu'on faisait au céphalotribe classique était précisément cette tendance à laisser fuir la tête vers la partie supérieure de l'instrument, de façon que la base du crâne devenait difficile à atteindre. Par la disposition du nouvel instrument, construit par Ch. Dubois sur les indications du professeur Pajot, il est facile de comprendre que l'inconvénient, indiqué par tous les accoucheurs, n'existe plus.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Aug. Charpentier adresse une *Note sur la propagation de la sensation lumineuse aux zones rétiniennes non excitées.*

« Dans une Note précédente (12 avril 1886), j'ai exposé le résultat de mes expériences sur l'induction lumineuse simultanée, ou contraste simultané; on se rappelle que l'apparition d'une teinte de contraste, dans les environs d'un objet éclairé, ne s'accompagne pas d'une diminution de la sensibilité lumineuse dans cette zone non directement excitée. J'ai étudié au même point de vue l'induction lumineuse successive, et voici ce que j'ai trouvé :

« On sait en quoi consiste le phénomène de l'induction successive : on fixe un objet éclairé, dans un champ visuel obscur; au bout d'un certain temps, la clarté de l'objet semble diminuer, tandis que celle de ses environs augmente sensiblement. Si la fixation dure assez longtemps, on peut voir toute l'étendue du champ visuel, y compris l'objet, revêtue d'une lumière uniforme. Y a-t-il réellement une diffusion, une propagation à distance de la sensation lumineuse, ou bien a-t-on affaire, comme le voulait Helmholtz, à une erreur de jugement due à la fatigue de la partie rétinienne excitée?

« En comparant entre elles les valeurs du minimum perceptible de la zone rétinienne non excitée, d'une part au début de l'expérience, d'autre part après une fixation de 20 ou 30 secondes (ou davantage) de l'objet lumineux, j'ai trouvé que la valeur de ce minimum perceptible augmente, dans le second cas, d'une quantité plus ou moins notable; la sensibilité lumineuse du champ obscur diminue à mesure que se produit sur elle l'induction lumineuse.

« Il y a plus : après une fixation de durée convenable, ôtons l'objet lumineux du champ visuel et présentons à l'œil une petite surface peu éclairée, qu'il sera facile de promener dans la partie primitivement excitée et dans la partie qui ne l'a pas été : *cette surface paraîtra plus sombre dans cette dernière que dans la partie qui a subi l'excitation objective.*

« Ainsi, dans la zone rétinienne qui a subi l'induction lumineuse, mais qui n'a pas reçu de lumière objective, la sensibilité aux excitations extérieures est *plus faible* que dans la zone inductrice, qui, longtemps excitée directement, devrait être, au contraire, beaucoup plus fatiguée. En même temps, du reste, la zone induite paraît éclairée dans l'obscurité, la zone inductrice paraît sombre.

« Donc, dans le fait de l'induction lumineuse successive, l'action nerveuse qui donne lieu à la sensation se transporte réellement aux parties du centre percepteur voisines de la partie excitée. »

M. Chevreul présente une Note de feu M. le commandant Trève, intitulée : *Essai d'une explication physiologique des couleurs complémentaires.*

« Aujourd'hui, pour observer avec fruit les phénomènes de coloration, il faut recourir à la féconde théorie de M. Chevreul, relative au contraste simultané des couleurs. Cette théorie est la seule capable de rendre compte de la variété infinie des effets qui affectent notre organisme, et rentrent ainsi dans la classe des propriétés organoleptiques des corps, dont la révélation est due à Newton. M. Chevreul l'a prouvé.

« C'est en me conformant aux vues des deux illustres maîtres que je crois pouvoir expliquer d'une manière rationnelle le phénomène des couleurs complémentaires, se produisant successivement sous l'impression de la lumière du soleil couchant.

« Dans ma Note du 26 octobre dernier, sur le rayon vert, j'ai décrit l'effet météorologique à l'instant précis de la disparition du bord supérieur du disque solaire. Je viens essayer, aujourd'hui, d'expliquer physiologiquement les faits constatés et décrits dans cette Note.

« Et d'abord, comment expliquer le phénomène physiologique qui se produit, quand un corps opaque est éclairé par une lumière d'une couleur quelconque?

« On sait que, si une lumière d'une couleur A frappe un corps opaque, l'ombre pro-

jetée par ce corps affectera une couleur qui sera précisément la couleur complémentaire. Si la couleur incidente est *rouge*, par exemple, l'ombre du corps opaque sera *verte;* et réciproquement. Je me suis demandé s'il n'y avait pas lieu de faire intervenir ici une application de ce principe de mécanique, établissant que la réaction est toujours égale à l'action.

« Quand un canon tonne, le travail mécanique développé par le projectile qui en sort est rigoureusement égal et contraire à celui de l'affût, dans son effet de recul. C'est le point de départ, en balistique, de la recherche du potentiel de ce recul. De même, sans doute, lorsque des rayons lumineux d'une intensité suffisante, frappant la rétine viennent à disparaître, celle-ci doit percevoir soudainement un effet contraire, par ce fait que, à l'action première, doit se substituer la réaction, c'est-à-dire *un effet égal et contraire.*

« Or, ce dernier effet devant être lumineux, comme le premier, il faut qu'en les joignant tous les deux, en les juxtaposant, la résultante ne puisse laisser dominer aucune coloration provenant des rayons de l'action ou de ceux de la réaction, puisque ces deux effets sont égaux ; par conséquent, cette juxtaposition donnerait la couleur blanche. Mais, pour que cette résultante soit blanche, il faut que les deux colorations soient complémentaires l'une de l'autre.

« Là est, ce me semble, l'explication dynamique de l'apparition du rayon vert, au coucher du soleil, et, en général, des couleurs renversées, sous la réserve, toutefois, de l'observation suivante de M. Chevreul : la production du blanc est une véritable neutralisation de ce qui est coloré, et le mouvement est commun aux deux rayons. C'est un équilibre mobile. »

VARIÉTÉS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE AU CAMP DU PAS-DES-LANCIERS EN 1885.

On n'a pas oublié l'émotion que produisit dans l'opinion publique l'épidémie de fièvre typhoïde dont la division de réserve du corps du Tonkin fut atteinte en 1885. Malgré son exagération, cette émotion était légitime, comme le prouve le récent mémoire de M. Duchemin, médecin en chef de ce corps.

Sur un effectif moyen de 8,500 hommes, 1,560 furent atteints de cette maladie, 610 eurent la forme moyenne et 950 la forme abortive. La terminaison fut fatale dans 122 cas. A quelle cause doit on attribuer cette épidémie? Au sol, à l'air, aux aliments, aux intempéries ou à l'auto-infection?

Le camp du Pas-des-Lanciers n'est pas plus insalubre que d'autres localités où on réunit temporairement les troupes pour des manœuvres. Les soldats y couchaient sous la tente, leur alimentation était acceptable, leur vêtement laissait plus à désirer, car, si l'administration avait eu la prévoyance de réunir en magasin les casques de liège et les vareuses nécessaires, elle eu la parcimonie de ne pas les distribuer.

L'organisation du service sanitaire laissait à désirer. Dès le début, le nombre des médecins était bien suffisant; mais ce personnel médical manquait d'infirmiers et de matériel. N'est-ce pas là, encore une fois, une preuve de l'absence d'unité dans le fonctionnement du service de santé dont les attributions administratives sont incomplètes?

Les eaux potables laissaient bien à désirer, mais enfin M. Duchemin attribue l'épidémie à d'autres causes : aux excès de fatigue, au climat, surtout à l'auto-infection et au surmenage. Plus tard, la contagion intervint quand le miasme putride fut véhiculé par le sol et par l'air; mais, au début, cet élément pathogénique manquait. Notre confrère admet, en effet, deux variétés de la fièvre typhoïde des armées: l'une contagieuse, débutant et sévissant parmi des individus en pleine santé, dans les casernes et les agglomérations urbaines; l'autre auto-infectieuse, produite par l'accumulation d'un élément pathogénique dans l'organisme. C'est celle des armées en campagne, ce fût aussi celle des troupes campées au Pas-des-Lanciers. — C. L. D.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA GRAVELLE. — H. Huchard.

Benzoate de soude.....		
Carbonate de lithine.....	aâ	3 grammes.
Extrait de stigmates de maïs.....		
Huile essentielle d'anis.....		3 gouttes.

F. s. a. 60 pilules argentées. — Deux à chaque repas, aux personnes qui ont de la gravelle urique, et qui éprouvent des accidents uricémiques. — N. G.

COURRIER

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 15 avril 1886, pour l'élection au Conseil académique de Paris, d'un délégué de la Faculté des sciences en remplacement de M. Desains, décédé, M. Troost, professeur de chimie à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Mauger, médecin inspecteur de la marine en retraite, de M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi), et de M. Dajon, médecin à Blangy.

— M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Bordeaux.

— M. le docteur Corson, conseiller municipal, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Guingamp.

TRANSPORT DE LA FORCE PAR L'ÉLECTRICITÉ. — MM. Marcel Deprez, de l'Académie des sciences; Lemonnier, président de la chambre syndicale des industries électriques; d'Arsonval, professeur au Collège de France, et Violet, chef du cabinet du ministre des postes et des télégraphes, sont nommés membres de la commission spéciale constituée à l'effet de préparer et proposer un règlement pour fixer les conditions techniques à remplir dans l'intérêt de la sécurité publique pour l'installation des conducteurs affectés à la transmission de la lumière ou au transport de la force par l'électricité.

(*Progrès médical.*)

— M. le docteur Legras, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-inspecteur des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé deuxième médecin adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture de police, en remplacement de M. le docteur Ch. Féré, démissionnaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 mai 1886, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Discussion sur la question posée par M. Yvon, relativement à la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques. Vote des conclusions de la Commission. — 2. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — 3. Sur quelques accidents gangrèneux consécutifs à l'emploi topique du phénol Bobœuf, sans ordonnance de médecin, par M. Secheyron, interne des hôpitaux. — 4. Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme ayant entraîné une erreur dans les actes de l'état civil, par M. le docteur Benoist (de Saint-Nazaire), membre correspondant. — 5. Rapport médico-légal sur un cas d'empoisonnement par l'ergot de seigle. Avortements répétés. Mort avec gangrène des extrémités, par M. le docteur G. Pouchet.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. A. Dehenne : Considérations cliniques sur les rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires. — Leur traitement chirurgical. — II. Bibliothèque : An experimental and clinical study of air-embolism. — III. Revue des Journaux : Sur deux cas d'acromégalie. — Sur un cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Nécrologie. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Chronique.

Considérations cliniques sur les rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires. — Leur traitement chirurgical,

Par le docteur A. Dehenne (1).

S'il est vrai qu'un grand nombre de paralysies oculaires guérissent par le traitement local (courants continus, révulsifs, injections strychninées, frictions excitantes, etc.) et par le traitement général approprié à leur étiologie, il n'est pas moins certain que, fréquemment, par le fait de la rétraction de l'antagoniste, la *diplopie* et le *strabisme* persistent, malgré tous les soins donnés au malade, et souvent parce qu'aucun traitement n'a été institué en temps opportun; et ces deux symptômes persistent, quoique l'arc d'excursion du globe oculaire paraisse complet, et le malade, après cinq et six mois de traitement, et même plus, se trouve, à son point de vue, exactement dans la même situation que le jour de l'invasion des accidents. Que l'écartement des objets soit plus ou moins considérable, peu lui importe. Il voit double, il louche, et cela lui suffit pour se considérer comme non guéri; et, en effet, il ne l'est pas, et pourtant le muscle primitivement paralysé a repris toutes ses propriétés fonctionnelles. Mais l'antagoniste est rétracté, et cette rétraction se dévoile par les mêmes symptômes que ceux de la paralysie. Cette diplopie est tellement gênante que beaucoup de malades en sont réduits à ne pouvoir exercer leur profession. Nous en avons même connu un qui a été guéri par la ténotomie, et qui ne

(1) Quatrième Congrès de la Société française d'ophthalmologie.

FEUILLETON

CHRONIQUE

Le Congrès de Washington. — Le festival de Scientia *au profit de* l'Institut Pasteur. — *Encore une victime de la médecine expérimentale.*

Il y a quelques semaines, je me demandais, avec quelques-uns de nos confrères, ce que devenaient le Congrès de Washington et surtout les belles promesses faites par M. Billings au Congrès de Copenhague. J'ai été un peu trop concis dans mes propos, à cause du manque de place, ce qui fait que j'ai été mal compris. Comme je tiens à faire cesser le malentendu qui a pris naissance à ce sujet, je vais m'exprimer avec tous les détails nécessaires.

Lorsqu'il fut question de fixer le siège du Congrès médical international pour 1887, on objecta au choix de Washington les difficultés du voyage, les fatigues et les frais qu'il nécessiterait.

M. Billings, qui prit la parole au nom des médecins américains, dit que les fatigues du voyage ne seraient pas très grandes, parce qu'à cette époque de l'année (mois d'août et de septembre) la traversée est généralement bonne, ainsi qu'il pouvait en témoigner personnellement d'après les 20 ou 24 traversées qu'il avait faites. Quant aux frais du voyage, il pensait qu'ils ne seraient pas aussi élevés qu'on le craignait, parce qu'il

©BIU Santé

nous dissimulait pas que, s'il ne guérissait pas, il aimait mieux en finir avec la vie. Il voyait double depuis huit mois, et, certainement, il ne s'habituait pas à sa diplopie, malgré l'opinion de quelques auteurs qui prétendent que les malades finissent par en faire abstraction. Celui-là était atteint d'une paralysie du droit externe. Le muscle droit interne était rétracté. J'en fis la ténotomie, et la guérison s'ensuivit *immédiate* et *définitive*.

J'ai pu, pendant deux ans, suivre le malade, qui venait de temps en temps me voir et me remercier du résultat obtenu, et je vous aurais demandé la permission de vous le présenter, s'il n'avait pas succombé, il y a un mois, à un érysipèle de la face. Jamais l'intervention chirurgicale n'a eu de suites fâcheuses. On allonge un muscle rétracté, et qui resterait définitivement rétracté si l'on n'intervenait pas. On ne court donc aucun risque de l'affaiblir en le reculant. On le met, au point de vue fonctionnel, exactement dans la situation qu'il occupait avant sa rétraction. Il est bien entendu que l'opérateur doit rester dans de sages limites, en s'inspirant des préceptes qui nous guident constamment dans la ténotomie destinée à combattre le strabisme concomitant. Des règles ont été formulées par de Graefe et de Wecker; il est tout indiqué de ne pas s'en départir. Vous les connaissez tous; je n'ai donc pas à insister sur ce point. Mais je tiens à bien faire comprendre que, si l'on suppose, par exemple, le muscle droit interne rétracté et si on le recule de 2, 3 ou 4 millimètres, on remédie à un état anatomique nouveau et on rend à ce muscle, je le répète, les propriétés physiologiques qu'il possédait avant sa rétraction. Quelles que soient, du reste, les théories que l'on puisse opposer à cette manière de faire, la clinique juge en dernier ressort. Elle prouve, par la guérison immédiate et définitive, que l'intervention chirurgicale était nécessaire et que, seule, elle pouvait remédier à la situation pénible des malades.

Quant au mode d'intervention (ténotomie ou avancement musculaire, ou les deux combinés), il variera nécessairement avec le plus ou moins de contractilité du muscle paralysé. On commencera toujours par la téno-

---

espérait que les Compagnies transatlantiques consentiraient, comme cela avait lieu généralement pour tous les Congrès, à une réduction importante sur les tarifs ordinaires, et que les médecins étrangers recevraient de leurs confrères américains une hospitalite aussi cordiale, un accueil aussi empressé que celui qu'ils avaient reçu à Copenhague.

En s'exprimant ainsi, M. Billings ne parlait qu'en son nom propre, et il exprimait non une certitude, mais des espérances; néanmoins, il mit tant de chaleur dans son discours, qu'aucun des assistants ne douta de la réalisation de ces espérances, et que Washington fut désigné à une grande majorité comme le siège du prochain Congrès.

Quelques confrères ont-ils été jusqu'à supposer que M. Billings avait parlé ainsi pour enlever le vote? Je ne puis le croire, étant donné le caractère de parfaite honorabilité de cet éminent confrère; mais le malentendu, si cette hypothèse a pris naissance, est facile à expliquer et à dissiper. On supposait de grandes difficultés au voyage; M. Billings a démontré que ces difficultés étaient loin d'être aussi grandes qu'on le supposait; on a cessé de craindre et on a décidé de faire le voyage. Quoi de plus naturel? Peut être a-t-on compris tout d'abord, comme je l'ai fait moi-même pendant un certain temps, que M. Billings, en sa qualité de délégué américain, s'engageait au nom du Corps médical américain, ce qui n'était pas. Mais traduire le discours de M. Billings de cette façon : « Vous craignez que les frais de voyage et de séjour en Amérique pendant le Congrès ne soient trop considérables; rassurez-vous; je vous affirme que nous paierons tous ces frais, trop heureux de vous recevoir parmi nous; que l'Association médicale

tomie simple, et l'on aura recours à l'avancement si la première ne suffit pas. On se laissera guider par les circonstances et par le but qu'on veut atteindre. Je m'explique :

Une jeune fille est atteinte de paralysie complète du muscle droit externe de l'œil droit. Le strabisme convergent dépasse 8 millimètres. Dans les plus grands efforts en dehors, l'œil n'atteint pas le milieu de la fente palpébrale. La diplopie homonyme est considérable. Il est de toute nécessité de corriger le strabisme et de faire disparaître la diplopie. Une ténotomie du droit interne est pratiquée. Immédiatement, l'œil se redresse et les deux axes oculaires sont parfaitement parallèles dans toutes les positions du regard, sauf dans la direction extrême à droite, tandis qu'auparavant le strabisme était permanent, quelle que fût la direction du regard. De même, la diplopie n'existe que dans la même direction du regard à droite. Faut-il, dans ce cas, joindre l'avancement à la ténotomie? Je ne le pense pas. Au point de vue esthétique, le résultat demandé est obtenu. Quant à la légère diplopie qui persiste dans la position extrême du regard à droite, elle sera combattue par les courants continus. Les axes oculaires étant bien parallèles par l'avancement, on risquerait d'avoir un strabisme divergent. Dans la plupart des cas, je me hâte de le dire, les choses ne se passent pas ainsi, et, lorsqu'on se trouve en présence d'une paralysie complète du droit externe avec rétraction du droit interne, la ténotomie et l'avancement combinés sont presque toujours de rigueur. Au contraire, si l'arc d'excursion du muscle primitivement paralysé est complet ou presque complet, la ténotomie sera suffisante pour faire disparaître le strabisme et la diplopie.

Les quelques propositions que je viens d'émettre devant vous sont connues de tous ; la rétraction consécutive aux paralysies est admise en chirurgie générale comme en chirurgie oculaire. Comment se fait-il alors que l'intervention chirurgicale ne soit pas acceptée par la plupart des cliniciens, soit qu'ils attendent du temps ce que celui-ci ne leur donne jamais, soit qu'ils ne considèrent pas l'intervention comme parfaitement utile? En

---

américaine se cotisera pour les payer, croyez-en ma parole », serait une grosse erreur. Je crois, comme lui, que la dépense ne sera pas excessive parce que j'espère que les Compagnies transatlantiques réduiront le tarif ordinaire, comme cela a eu lieu pour le Congrès d'Alger, et que l'hospitalité américaine, comme l'hospitalité danoise, nous sera offerte aussi large que possible; mais faire de cette hospitalité une condition *sine qua non* serait faire injure à nos confrères américains, et je crois que personne n'y a jamais songé, ni nos confrères de l'Europe qui iront au Congrès de Washington, ni M. Billings, qui a trop de tact pour cela, et qui d'ailleurs n'avait nullement qualité pour s'y engager. Si on a compris autre chose, on a mal compris.

Nous reviendrons prochainement sur cette question, les arrangements à prendre avec les Compagnies transatlantiques devant être discutés au meeting de l'Association médicale américaine qui doit se tenir dans le mois de mai.

∴

La science n'a plus ses allures austères d'autrefois; le type du vieux savant aux ongles sales, aux cheveux et à la barbe incultes, aux habits tachés et démodés n'existe plus ; le savant se rencontre maintenant assez souvent en habit noir de la dernière coupe et en cravate blanche immaculée; loin de s'isoler éternellement dans son laboratoire ou dans son cabinet de travail, entouré de cornues, de liquides ou de gaz nauséabonds, de vieux bouquins ou d'ossements dépareillés, il hante maintenant la bonne compagnie; les savants mêmes se réunissent en nombre imposant dans les res-

©BIU Santé

effet, et voilà précisément pourquoi j'ai voulu vous soumettre ces quelques réflexions, les malades, qui font le sujet de mes observations, étaient, lorsqu'ils sont venus me consulter, en traitement depuis longtemps sous la direction de quelques-uns de nos maîtres les plus estimés, et pourtant, malgré le parfait insuccès de leur thérapeutique, aucun d'eux n'avait proposé l'intervention chirurgicale. Pourquoi? Je me le suis demandé bien des fois et je n'ai jamais trouvé de réponse satisfaisante, d'autant plus que ces mêmes malades ont été guéris du jour au lendemain par l'opération.

Un de mes élèves, M. le docteur Gandou, a tout récemment soutenu, devant la Faculté de médecine de Paris, sa thèse inaugurale sur ce sujet. Il s'est inspiré de mes leçons cliniques et a basé ses conclusions sur les observations qu'il a recueillies sous ma direction.

Voici les conclusions auxquelles l'étude des faits nous a conduits :

1° La rétraction de l'antagoniste dans les paralysies des muscles de l'œil peut s'établir par le passage à l'état permanent d'une contracture de ce muscle.

2° Elle peut être causée par l'état de raccourcissement passif longtemps prolongé dans lequel se trouve le muscle.

3° Lorsque la rétraction est établie, *le traitement chirurgical seul* peut apporter une guérison *complète* et *définitive*.

4° Pour le strabisme par rétraction de l'antagoniste, succédant à une paralysie, on se comporte, lorsque la paralysie est guérie, comme si l'on avait affaire à un strabisme concomitant simple.

5° Dans les cas de paralysie compliqués de rétraction de l'antagoniste, il importe de s'assurer : 1° que la marche de la paralysie vers la guérison est dans un état stationnaire ; 2° que le raccourcissement de l'antagoniste est bien un raccourcissement permanent.

6° Dans les paralysies complètes avec rétraction de l'antagoniste, il est préférable de ne toucher qu'à l'œil malade et de laisser intact le système musculaire de l'œil sain.

7° Le maximum d'effet de la correction est donné par la ténotomie com-

---

taurants à la mode, autour de tables somptueusement garnies, où les verres à champagne remplacent agréablement les éprouvettes, et le champagne lui-même les liquides (!) à analyser, et, au lieu de se dénigrer comme autrefois, ils se portent spirituellement les plus cordiales santés. Enfin, dernier mot du progrès, les savants donnent des fêtes, et, sur le même programme, on voit figurer les cheveux blancs en broussaille de l'illustre centenaire, M. Chevreul, et les cheveux blonds bien frisés et les 20 ans de Mlle Reichemberg; l'infatigable perceur d'isthmes, M. de Lesseps, et les chevaliers et chevalières de l'isthme du gosier : Faure, Sellier, Talazac, Mmes Lureau-Escalaïs, Franck-Duvernois, Isaac, etc.; MM. Berthelot, Renan, Janssen, et la sculpturale Mme Rosine Bloch; MM. Richet et Verneuil, et les frères Coquelin, etc., etc.

Mais tout cela ne s'est pas fait en un jour; les Sociétés savantes et les Congrès, qui ont du bon, quoi qu'on en dise, ont rapproché peu à peu ces unités qui, de prime abord, semblaient si disparates; un beau soir, un jeune savant, qui avait su s'attirer toutes les sympathies, les a réunies en un seul faisceau et en a formé la conférence « *scientia* », composée de personnalités d'éminence inégale, mais toutes dévouées à la science. La Conférence, à son tour, est devenue le centre d'un mouvement d'attraction qui s'est assimilé d'autres personnalités éminentes, parfois simplement littéraires, comme M. Renan, et, voulant mettre le crédit dont elle jouit maintenant à la disposition d'une grande œuvre, elle a, pour venir en aide à la création de l'Institut Pasteur, organisé un grand festival sous le patronage de ses anciens présidents, et avec le gracieux concours des artistes dont nous donnions plus haut les noms. Toutes nos félici-

plète du muscle rétracté associée à l'avancement du muscle paralysé, avec résection d'une partie du tendon et sutures comprenant une large portion de conjonctive.

La rétraction musculaire des antagonistes dans les paralysies des muscles de l'œil peut tenir à différentes causes.

Dans les paralysies de longue durée, le manque d'allongement physiologique du muscle resté sain finit par déterminer des modifications dans la structure anatomique de ce muscle et produire sa rétraction. La déformation se produit alors par un mécanisme analogue à celui d'un pied-bot paralytique. Le raccourcissement pathologique de l'antagoniste se fait d'une façon lente et progressive, et ce n'est qu'à une période avancée de la maladie (cinq à six mois) qu'il donne lieu à des symptômes bien caractérisés.

M. Panas a signalé tout récemment des faits où la contracture de l'antagoniste était due à la cause même qui avait produit la paralysie. D'après ce savant maître, dans ces cas-là, la même lésion cérébrale agit de façons différentes sur les origines des nerfs qui se rendent à deux muscles antagonistes; elle détermine, sur l'un, une paralysie, et, sur l'autre, une irritation aboutissant à la contracture du muscle qu'il innerve.

Dans les deux cas (rétraction lente ou contractures immédiate devenant permanente), le résultat est le même. C'est la substitution d'un strabisme concomitant à un strabisme paralytique, avec conservation de la diplopie. L'intervention doit être analogue dans les deux cas, et elle sera pratiquée suivant les règles que nous avons indiquées plus haut.

Dans un travail antérieur, j'ai décrit le manuel opératoire de l'*avancement musculaire*, tel que je le pratique; je n'y reviendrai donc pas (1).

En terminant, Messieurs, je vous demande la permission d'attirer votre attention sur le procédé de ténotomie que je mets constamment en usage,

(1) De l'avancement musculaire dans les paralysies oculaires. (*Recueil d'ophthalmologie*, avril 1885.)

tations aux organisateurs de la Conférence, MM. Ch. Richet, Ch. Talansier et Max de Nansouty, pour la bonne idée qu'ils ont eue d'unir la science et l'art dans un but aussi digne d'éloges.

***

La science n'a pas malheureusement que des sujets de joie, elle a aussi ses jours de tristesse, surtout quand elle enregistre les victimes qui sont mortes pour elle. La *Revue scientifique* rapporte comme il suit l'histoire d'une victime de l'expérimentation médicale :

« Un étudiant en médecine péruvien vient de payer de sa vie une expérience volontairement faite sur lui-même pour l'étude d'une maladie infectieuse spéciale au Pérou. Cet étudiant, nommé Daniel Carrion, voulant faire sa thèse sur la *veruga*, ou fièvre d'Ovoya, se fit inoculer le virus pris dans une pustule de malade atteint de cette affection. Au bout d'un mois, les premiers symptômes du mal se manifestèrent, consistant en une fièvre violente, survenant par accès, en douleurs atroces dans les os et les jointures; enfin, dans l'impossibilité de prendre le moindre repos, ou de garder les aliments. Le malade ne se crut pas en danger, car ces symptômes sont ceux que l'on observe durant la première phase du mal, pendant que les pustules demeurent internes; mais les symptômes s'accentuèrent et le malade fut à tel point épuisé qu'il ne put atteindre la deuxième phase, celle où les pustules se font dans la peau et s'ouvrent au dehors; il mourut pendant que ces dernières commençaient à se former.

©BIU Santé

et avec succès, depuis près de dix-huit mois. Ayant remarqué que, malgré l'anesthésie locale par la cocaïne, le passage du crochet était toujours plus ou moins ressenti par le patient, aussitôt après avoir fait la boutonnière conjonctivale, je saisis le muscle et le tissu sus-aponévrotique avec la même pince qui m'a servi à la fixation de la conjonctive, et je le détache à petits coups de ciseaux de son insertion sclérotical, ce qui se fait très aisément. Je ne me sers plus du petit crochet que pour m'assurer de la section complète du tendon et saisir les fibrilles qui auraient pu m'échapper. De cette façon, la douleur est complètement supprimée. Je tiens exactement mes ciseaux comme dans le procédé ordinaire de ténotomie et sans employer aucun instrument spécial.

BIBLIOTHÈQUE

AN EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY OF AIR-EMBOLISM (*Étude expérimentale et clinique sur les embolies aériennes*), par M. SENN. — Philadelphie, 1885. Collino.

Le titre de ce mémoire indique bien l'importante question physiologique et clinique étudiée par M. Senn. En effet, parmi les causes de mort subite au cours des opérations chirurgicales, l'entrée de l'air dans les veines est, à juste titre, l'une des plus redoutées, car, par sa soudaineté, elle devient presque toujours un désastre pour le chirurgien.

En expérimentant sur le cheval et le chien, notre confrère établit les causes prédisposantes de cet accident. Ce sont : l'élévation de la tête, quand on opère au voisinage du sur le sinus longitudinal supérieur; l'élévation de la région blessée et un état pa ho'ogique antérieur, quand le traumatisme atteint les veines du cou et de la périphérie. En injectant de l'air dans les veines, M. Senn a observé la distension mécanique du ventricule droit, la paralysie du cœur en diastole et l'asphyxie par embolie dans les vaisseaux pulmonaires. L'introduction expérimentale de l'air dans les artères provoque des accidents d'une autre nature : l'ischémie cérébrale, des embolies aériennes secondaires dans les veines, l'engorgement de la circulation cérébro-spinale. Par contre, l'injection de l'air dans l'artère pulmonaire est moins redoutable, pourvu que le ventricule droit conserve pendant quelques moments sa motilité.

« Les funérailles de Carrion ont été célébrées avec pompe, mais les autorités sont occupées à poursuivre les médecins qui ont assisté Carrion dans son étude expérimentale, en l'aidant à s'inoculer le virus; elles les considèrent comme les complices d'une tentative de suicide.

« La fatale issue de l'expérience de Carrion a provoqué la publication, dans nombre de journaux médicaux, de détails, peu circonstanciés d'ailleurs, sur la nature de la *veruga peruana*.

« Cette maladie est spéciale au Pérou, et ne se manifeste que dans certaines localités situées à une altitude assez considérable (3,000 à 7,500 pieds anglais au-dessus du niveau de la mer). C'est une maladie fébrile, caractérisée par de l'anémie et par l'apparition de pustules nombreuses. Le docteur Isquierdo (de Santiago) croit avoir découvert un bacille spécifique. L'affection est ancienne; en 1540, Augustin Zarate parle d'une région où elle est très répandue; du reste, elle est connue depuis l'époque des Incas. Elle a été très fréquente en 1870, époque où les terres furent beaucoup remuées pour la pose des traverses de chemin de fer. Cette coïncidence est intéressante, étant donné que les travaux du Saint-Gothard et de l'isthme de Panama ont aussi donné lieu à certaines manifestations épidémiques. L'on s'occupe beaucoup en ce moment de l'étiologie de la *veruga peruana*, au Pérou, et il y a lieu de croire que l'on arrivera à quelques resultats intéressants. A cet égard, la mort de Carrion n'aura pas été inutile. »

L.-H. PETIT

Le traitement des embolies aériennes consiste dans des mesures préventives et une intervention opératoire. Les moyens prophylactiques sont la double compression et la ligature du tissu veineux contigu au traumatisme. Les moyens curatifs directs consistent dans l'administration des stimulants cardiaques par la voie hypodermique et de la saignée; et les moyens indirects dans la ponction avec aspiration du ventricule droit et, comme il l'a vu sur les animaux, le cathétérisme avec aspiration de l'oreillette droite.

C'est en se fondant sur des recherches de laboratoire que M. Senn formule ces préceptes, mais il leur manque la sanction du contrôle et celle de la clinique. Il ne faudrait pas croire cependant que cet auteur ne s'adresse pas à d'autres sources d'informations. Il a compulsé les observations des auteurs; de sorte que son travail possède un intérêt également grand au point de vue physiologique et au point de vue clinique. — C. E.

REVUE DES JOURNAUX

Sur deux cas d'acromégalie, par le docteur P. Marie. — Sous le nom d'acromégalie, le docteur P. Marie étudie une affection bizarre, caractérisée par une hypertrophie non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique. Ce qui frappe tout d'abord, en effet, dans les observations personnelles à Marie et dans les quelques autres qu'il rappelle dans son excellent mémoire, c'est l'augmentation considérable du volume des mains, des pieds et de la tête.

Le squelette de la main et du pied est celui de la main et du pied d'un géant; les parties molles ont suivi le squelette dans son développement, elles ont subi une hypertrophie associée; aussi n'y a-t-il pas de déformation appréciable. Par un contraste singulier les avant-bras, les bras, les jambes conservent leur volume ordinaire, ou n'augmentent que dans de bien moindres proportions comme dans les cas de Friedreich.

La tête est augmentée dans quelques-unes de ses parties; bien que le crâne soit aussi atteint, l'hypertrophie porte surtout sur les os de la face, et la forme générale du visage devient celle d'une ellipse à grand diamètre vertical très notablement allongé.

A côté de ces déformations caractéristiques, il en existe quelques autres secondaires: la courbure du rachis en avant, l'augmentation de volume de certains os (clavicules, côtes, rotule, os iliaque), l'immunité à peu près complète des os longs des membres, la tendance à l'hypertrophie des fibro-cartilages (oreille, larynx), le peu de déformation des articulations, la diminution de volume des masses musculaires (atrophie vraie ou macilence ?), quelques troubles des organes des sens (surdité, cécité), l'hypertrophie de la langue, la conservation de la sensibilité générale, des douleurs spontanées plus ou moins rebelles, une tendance très prononcée aux varices, aux hémorrhoïdes, une soif vive, des urines abondantes, l'intégrité absolue de la peau avec un certain état de cachexie.

Survenant chez l'homme et chez la femme, l'acromégalie apparaît entre 15 et 35 ans; mais, à part la disparition des règles qui est formellement mentionnée dans les deux observations de Marie, rien de bien net dans l'étiologie. Aussi ne peut-on émettre que des hypothèses quant à la nature de cette affection. S'agit-il d'une maladie générale plus ou moins voisine du rhumatisme; ses manifestations sont-elles sous la dépendance de lésions du grand sympathique, considérablement hypertrophié dans le cas de M. Henrot; ou bien, comme le pense le docteur P. Marie, est-ce un vice de développement du système osseux analogue à la myopathie progressive primitive ?

Cliniquement on devra faire le diagnostic de l'acromégalie avec le myxœdème, avec la maladie de Paget (ostéite déformante) et avec la leontiasis ossea de Wirchow. (*Rev. de méd.*, 10 avril 1886, p. 297-333.) — Dr E. Deschamps.

Sur un cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium, par G. Shearer (*The provincial med. Journal*, 1er février 1886.) — Il s'agit d'un homme jeune qui, atteint de troubles mentaux consécutifs à une chute sur la tête, absorba une dose du cyanure

©BIU Santé

qui lui servait à faire de la photographie. Au bruit de la chute, la femme de la victime accourut et trouva le moribond renversé à terre en proie aux convulsions tétaniques, la face pâle et bleuâtre, les pupilles largement dilatées et les mâchoires contracturées. Après quelques convulsions cloniques de l'un des bras, quelques inspirations profondes faites de loin en loin, l'émission de quelques sons gutturaux par lesquels la victime demandait à boire, les mouvements cessèrent, le pouls et le cœur disparurent, et la mort survint dans les huit ou dix minutes qui suivirent l'absorption du poison.

L'examen nécroscopique, pratiqué vingt-deux heures après la mort, permit de constater les particularités suivantes :

Rigidité cadavérique très prononcée; pâleur bleuâtre de la face; teinte cyanotique du corps; ongles complètement bleus. Mâchoires très serrées; impossibilité de les desserrer. Rien dans la gorge, le larynx ou la trachée. Selle rendue automatiquement. Peu d'urine dans la vessie.

A l'ouverture du thorax, odeur très marquée d'acide prussique. Tous les organes exhalent, à la coupe, une odeur d'amandes amères. Le sang est d'une remarquable fluidité; il ne manifeste aucune tendance à la coagulation; son aspect est celui du vin de Bordeaux. Le cœur sain contient du sang fluide dans toutes ses cavités. Poumons sains, crépitants en avant, mais très congestionnés en arrière, où on trouve de la suffusion sanguine et des noyaux apoplectiques. Foie et rate normaux. Le sillon de la vésicule du fiel est coloré en bleu. Reins sains, mais congestionnés. L'estomac présente des taches rouge sombre et même pourpres dues à l'extravasation du sang, très manifeste surtout le long de la grande courbure et sur la paroi postérieure du viscère. Les veines du duodénum et du jéjunum sont distendues et proéminentes, tandis que l'iléon et le gros intestin sont comparativement anémiés et secs. Les centres nerveux et les méninges sont normaux. A part la fluidité très prononcée du sang et les lésions étendues des tuniques de l'estomac, il n'y a rien de très caractéristique de l'empoisonnement par les cyanures; seulement, on remarquera la similitude qu'il y a entre les lésions de la mort par l'acide prussique et celle résultant des atteintes de la foudre. Même rapidité et même degré de fluidité du sang dans les deux genres de mort.

Ce cas est encore remarquable par une particularité qu'on a relevé dans quelques circonstances analogues, c'est la *persistance de la faculté de la parole* au milieu des désordres graves qui suivent immédiatement l'absorption de la dose mortelle. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Transplantation, chez l'homme, d'un tendon emprunté à un chien; guérison avec rétablissement partiel de la fonction. — Chondrome parotidien développé du côté du pharynx et extirpé par la cavité buccale. — Des divers procédés de dilatation des rétrécissements de l'urèthre; comparaison entre les résultats immédiats de la divulsion et de l'uréthrotomie interne. — Présentation de malade : Fracture de la rotule consolidée par un cal osseux (?). — Élection d'un membre honoraire.

MM. Ollier (de Lyon), Pamard (d'Avignon) et Vibert (du Puy), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. Monod fait un rapport sur un travail de M. le docteur Peyrot, intitulé : *Transplantation, chez l'homme, d'un tendon emprunté à un chien; guérison avec rétablissement partiel de la fonction.*

M. Peyrot, se trouvant en présence d'une section ancienne du tendon fléchisseur du médius et reconnaissant qu'il ne pouvait, dans ce cas, mettre en œuvre aucun des nombreux procédés de restauration tendineuse conseillés jusqu'alors, se décida à tenter la transplantation, chez son blessé, d'un fragment de tendon emprunté à un chien.

La tentative a réussi en ce sens que le fragment transplanté ne s'est pas exfolié et

que l'on doit admettre qu'il s'est définitivement uni aux deux extrémités du tendon divisé. Mais le rétablissement fonctionnel a été imparfait; le doigt a recouvré quelques mouvements de flexion, mais ne peut être amené au contact de la paume de la main. Le tendon du fléchisseur est devenu du moins capable de résister à l'action prédominante des extenseurs, et, par ce fait seul, l'infirmité du blessé est devenue moindre.

Le point capital que cette observation met en relief est la possibilité de la greffe tendineuse chez l'homme. Les expériences de Gluck, en Allemagne, celles, plus récentes, d'Assaki et Fargin, en France, avaient montré que cette tentative pouvait aboutir chez les animaux. Jamais elle n'avait été faite chez l'homme.

On ne saurait évidemment tirer du fait, jusqu'ici unique, de M. Peyrot des conclusions générales.

M. Monod doute, pour sa part, que la greffe tendineuse qui a réussi chez les animaux dans des conditions particulièrement favorables (tendon d'Achille) donne chez l'homme, pour les tendons privés de gaine, tels que les extenseurs des doigts, qui sont le plus souvent atteints, le même heureux résultat. Il pense, du reste, que les occasions de renouveler cet essai se représenteront et montreront si les réserves qu'il croit devoir fa ir seront ou non justifiées.

L'observation de M. Peyrot méritait du moins d'être tout particulièrement signalée à l'attention des chirurgiens.

M. Trélat profite de l'occasion du rapport de M. Monod pour faire connaître un fait qui a beaucoup frappé son attention. Un jeune dessinateur avait reçu à la main droite une blessure par instrument tranchant qui avait divisé les tendons extenseurs du médius et de l'annulaire. La plaie s'était réunie par première intention, mais les deux doigts demeurés immobiles ne pouvaient s'étendre.

Un examen très attentif fait par M. Trélat et par plusieurs autres chirurgiens ne leur laissa aucun doute sur la perte définitive du mouvement d'extension de ces doigts. On trouvait 15 millimètres d'écart entre les deux bouts de l'un des tendons divisés et 22 millimètres entre les deux bouts de l'autre.

M. Trélat, s'étant décidé à pratiquer une opération dans le but de rétablir la fonction des doigts, reconnut, après dissection, que cet écart n'était qu'apparent et que les bouts des tendons étaient juxtaposés. Il se contenta donc d'aviver les deux bouts de ces tendons pour faire disparaître une légère déformation qui s'était produite et il les rapprocha au contact par deux points de suture au catgut. Le résultat fut excellent et les mouvements d'extension se rétablirent d'une manière complète après un traitement par l'électricité.

M. Trélat en conclut que le chirurgien ne doit pas s'engager dans une opération de suture tendineuse avant de s'être assuré, par une recherche attentive, s'il y a réellement un écart entre les deux bouts d'un tendon divisé.

M. Desprès estime que, dans aucun cas, il n'est utile de pratiquer la suture tendineuse. Les deux bouts d'un tendon divisé ne se rétractent pas, et il suffit de placer le membre dans une attitude convenable pour voir la cicatrisation et la soudure des tendons se faire naturellement.

M. Berger ne saurait admettre dans sa généralité l'assertion de M. Desprès. Il a eu à soigner un enfant qui, dans une chute sur un vase brisé, s'était sectionné les tendons des muscles extenseurs de la jambe et des orteils. Il en était résulté une impotence de ces muscles à laquelle il ne fut possible de remédier que par la suture des bouts des tendons divisés et ayant subi un écart considérable par suite de leur rétraction.

M. Le Fort a également pratiqué la suture tendineuse à un individu chez lequel les tendons de l'avant-bras divisés s'étaient fortement rétractés, ce qui avait donné lieu à un écart très sensible entre les bouts de ces tendons. Comme il était très difficile de découvrir les extrémités tendineuses, M. Le Fort parvint à les faire saillir en exerçant une pression convenable sur l'avant-bras, petite manœuvre qu'il recommande en pareil cas.

M. Monod, résumant cette courte discussion, cite un certain nombre de faits dans les-

CBIU Santé

quels un écartement plus ou moins considérable entre les extrémités des tendons divisés a été constaté par divers chirurgiens.

M. Charles Périer communique une observation de chondrome parotidien développé du côté du pharynx et extirpé par la cavité buccale.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans chez lequel l'amygdale droite fut extirpée en 1880 pour une prétendue amygdalite chronique; cela n'empêcha pas le développement d'une tumeur qui vint faire saillie dans le pharynx et l'oblitérer en partie, après avoir dédoublé le voile du palais; elle descendait jusqu'à l'orifice supérieur du larynx. La muqueuse soulevée ne présentait d'adhérence en aucun point; la tumeur paraissait seulement fixée vers l'apophyse ptérygoïde.

L'évolution fut lente, et ce n'est qu'au bout de cinq années que le malade sentit la nécessité de se faire débarrasser d'un mal qui ne cessait de croître et commençait à lui causer des douleurs. Il fut endormi, puis placé dans le décubitus dorsal, la tête renversée en arrière, la bouche maintenue ouverte par un bâillon et bien éclairée par le jour d'une fenêtre. C'est l'attitude que M. Trélat donne aux malades qu'il opère de staphyloraphie, et grâce à laquelle le sang n'a pas tendance à s'engager dans les voies respiratoires.

Avec un couteau galvanique, la muqueuse du pharynx fut incisée suivant le sens du grand axe de la tumeur, c'est-à-dire de bas en haut. Couche par couche, on arriva sur le tissu propre de la tumeur qui était bien un chondrome. Puis, contournant avec le doigt et une spatule l'enveloppe propre de la tumeur, l'énucléation fut faite aisément jusqu'à l'apophyse ptérygoïde où la tumeur semblait fixée.

Pour faciliter le traitement de ce pédicule apparent, le tissu de la tumeur fut évidé à la cuiller tranchante; puis il suffit de tirer sur l'enveloppe pour amener tout le reste qui n'adhérait pas, mais était retenu par un prolongement qui remontait dans la fosse zygomatique où la tumeur était bien évidemment extra-pharyngée et en contact avec le tissu de la glande parotide.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie, les suites furent simples, le traitement consista en gargarismes au chloral à 1 p. 100, et, en dix-huit jours, tout était guéri sans que la température eût atteint 38°.

— M. Le Dentu fait une communication dans laquelle il étudie les divers procédés de dilatation des rétrécissements du canal de l'urèthre et cherche à établir une comparaison entre la divulsion et l'uréthrotomie interne au point de vue de leurs résultats immédiats. Cette comparaison est basée sur l'analyse de 48 cas dont 24 ont été traités par la divulsion et 24 par l'uréthrotomie interne. Il semble resortir de l'exposition faite par M. Le Dentu que la divulsion et l'urèthrotomie interne lui ont donné à peu de chose près les mêmes résultats, du moins si l'on ne considère ceux ci qu'au point de vue des effets immédiats de l'opération. Dans une communication ultérieure, M. Le Dentu se réserve d'étudier les deux procédés comparativement au point de vue des résultats éloignés qu'il en a obtenus.

Une courte discussion s'est engagée à la suite de la communication de M. Le Dentu.

M. Léon Le Fort a conservé une certaine prévention contre l'uréthrotomie interne depuis qu'il a vu cette opération se terminer quatre fois par la mort des malades. Il préfère de beaucoup le procédé de la dilatation progressive qu'il a imaginé et qui lui a donné constamment de bons résultats.

M. Desprès n'a jamais fait l'uréthrotomie interne et il déclare qu'il ne la fera jamais. Il traite les malades atteints de rétrécissement du canal de l'urèthre par le cathétérisme permanent d'abord, intermittent ensuite.

M. Marc Sée se déclare partisan convaincu de l'uréthrotomie interne qu'il a pratiquée un grand nombre de fois avec succès, n'ayant jamais perdu de malade ni observé d'accident inquiétant à la suite de cette opération ; mais ce procédé n'est pas applicable à tous les cas. Mis en présence d'un rétrécissement du canal de l'urèthre, M. Sée commence par placer une bougie à demeure et fait avec des bougies de différent calibre la dilatation progressive, d'abord d'une manière continue, puis d'une façon intermittente;

©BIU Santé

Il continue et achève la cure par la dilatation simple si les malades la supportent bien. Dans le cas contraire, il pratique l'uréthrotomie interne.

M. Horteloup est peu partisan de l'uréthrotomie interne, surtout pratiquée avec l'uréthrotome de Maisonneuve qui agit en aveugle. Dans les cas rares où il a recours à cette opération, il se sert d'un instrument spécial. Mais il préfère de beaucoup l'uréthrotomie externe, surtout dans le cas de rétrécissement avec fistules où cette opération lui a donné les meilleurs résultats.

M. Le Dentu n'opère par l'uréthrotomie interne que les rétrécissements dont la dilatation a été impuissante à triompher. Il a obtenu ainsi dix-neuf guérisons sur vingt-quatre opérations, ce qui lui paraît constituer un chiffre assez satisfaisant, étant donné le caractère rebelle de la maladie. Quant aux opérés qui ont succombé, ils sont morts non de l'opération, mais de cachexie rénale dont les accidents ou les complications les auraient emportés fatalement, opérés ou non.

— M. Desprès montre un malade, le troisième de sa collection qu'il a traité et guéri d'une fracture de la rotule, avec consolidation par un cal osseux (?). Le traitement a consisté simplement dans l'élévation du membre d'abord, puis dans l'application d'un appareil silicaté.

— M. Duplay, qui avait demandé à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire, a été élu membre honoraire à la majorité de vingt et une voix sur vingt-quatre votants. — A. T.

NÉCROLOGIE.

M. H. Legrand du Saulle, né en 1830, avait été successivement interne à l'asile d'aliénés de Dijon, puis à celui de Quatremares, près de Rouen, enfin à la maison de Charenton. En 1866, il avait été nommé médecin adjoint à la Préfecture de police, pour devenir médecin en chef après la mort de Lasègue. Nommé, en 1867, médecin des aliénés à Bicêtre, il était passé, en 1876, à la Salpêtrière.

Il avait pris de bonne heure une place dans la presse médicale en publiant dans la *Gazette des hôpitaux* les cliniques de Trousseau; puis il avait fait à l'Ecole pratique des cours libres et entrepris une série de publications sur des questions médico-légales.

Très versé dans l'étude du droit, ayant acquis un talent d'écrivain remarquable et profondément convaincu de la haute mission du médecin, il a su imprimer à tous ses écrits un cachet particulier. Nous rappellerons la *Folie devant les tribunaux*, le *Délire de persécution*, l'*Etat mental des épileptiques, des hystériques*, la *Validité des testaments*, la *Folie du doute avec délire du toucher*, etc., enfin son ouvrage le plus considérable, le *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale* dont nous avons rendu compte il y a peu de temps.

Quant il eut terminé la deuxième édition de celui-ci, il nous dit un jour : « Maintenant, je puis mourir, le meilleur de mon œuvre est fait. » Comme il n'avait que 56 ans et n'avait rien perdu de son activité, nous étions loin de croire qu'il fût menacé d'une fin si prochaine. Et cependant nous l'avons vu disparaître, emporté en trois jours par des accidents nerveux, épilogue imprévu d'un diabète non soupçonné.

M. Legrand du Saulle était l'homme le plus bienveillant et le plus serviable; le nombre des gens auxquels il avait rendu service était grand. Aussi une foule d'amis assistait-elle à ses obsèques. Des discours y ont été prononcés par MM. Gragnon, préfet de police; Le Bas, directeur de la Salpêtrière; Falret, médecin de la Salpêtrière; Garnier, médecin adjoint de la préfecture; Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique; Pouchet, au nom de la Société de médecine légale, et Le Gendre, au nom de ses anciens élèves. — P. L. G.

©BIU Santé

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons appris avec un douloureux étonnement la mort subite de notre estimé et vénéré confrère, M. le docteur Gillebert d'Hercourt, décédé le jeudi 6 mai, à l'âge de 78 ans.

M. Gillebert d'Hercourt était président de la Société de médecine de Paris. Tous ses collègues l'aimaient, et tous ont été douloureusement frappés à cette nouvelle. Nous envoyons à son fils, notre distingué collègue de la Société de médecine, l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

— La démission de M. Chatin, professeur de botanique à l'École de pharmacie, n'ayant pas été acceptée par le Ministre de l'instruction publique, la réouverture du cours de ce professeur aura lieu très probablement la semaine prochaine.

Personnel médical des bureaux de bienfaisance. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du VIIIe arrondissement, que le lundi 31 mai 1886, il sera procédé à l'élection d'un médecin.

— Le public est admis tous les jours, de dix heures du matin à onze heures du soir, à dater du 8 mai courant, à l'Exposition d'hygiène urbaine à la caserne Lobau (annexe Est de l'Hôtel-de-Ville). L'entrée est gratuite le dimanche.

— Par décret, en date du 31 avril 1886, M. Berthelot, membre de l'Institut, a été promu à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 mai 1886, MM. Duberge et Ardouin ont eté promus au grade de médecin principal de la marine.

— Par arrêté préfectoral, en date du 24 avril 1886, M. le docteur Socquet, médecin expert près le tribunal de première instance de la Seine, est nommé membre de la commission permanente de statistique municipale.

— Le registre d'inscription du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, qui s'est ouvert le lundi 10 mai 1886, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, est clos. Les candidats, au nombre de cinquante et un, sont : MM. les docteurs Hirtz (Edgard), Siredey, Bourcy, Decaisne, Delpeuch, Faucher, Juhel-Rénoy, Josias, Liandier, Richardière, Duplaix, Gaucher, Lebreton, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Marie, Mathieu, Martin, Petit, Robert, Barthélemy, Dreyfous, Galliard, Giraudeau, Ledoux-Lebard, Martinet, Netter, Thibierge, Variot, Béclère, Béringier, Buzot, Gallois, Gilbert, Darier, Jean, Lejard, Robin, Hirtz (Hippolyte), Babinski, Capitan, Charrin, de Gennes, Gauchas, Havage, Legendre (Henri), Lorey, OEttinger, Stackler et Pennel.

Les membres du jury, tirés au sort, sont : MM. les docteurs Hallopeau, Descroizilles, Landouzy, Brouardel, Damaschino, Daulos et Després.

Médecins des Lycées. — M. le docteur Salièges est nommé médecin du Lycée d'Alger (petit Lycée de Bey-Aknoum). Emploi vacant.

On pourrait administrer l'albuminate de fer sous différentes formes, nous préférons la forme de *liqueur*, telle que celle que lui a donnée *M. Laprade*, parce qu'elle est plus absorbable et surtout parfaitement supportée par l'estomac. Cette préparation est aujourd'hui prescrite comme le meilleur spécifique contre les irrégularités de la menstruation.

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. R. Longuet : Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte. — II. H. Stapfer : Revue tri-mensuelle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Promenades au Salon. — VI. Formulaire. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte

I

Les accidents hémorrhagiques qui accompagnent la cirrhose et, en général, tous les processus de désintégration de la cellule hépatique sont communément envisagés comme une des conséquences de l'état dyscrasique engendré par la rétention, dans le torrent circulatoire, des déchets de la nutrition dont l'élimination constitue un des attributs physiologiques de l'organe.

On sait cependant qu'un autre mécanisme peut être invoqué dans l'interprétation pathogénique des hémorrhagies du tube digestif : la rupture d'une des dilatations variqueuses développées à la partie inférieure de l'œsophage par suite de l'obstruction porte et de la création de nouvelles voies ouvertes à la circulation abdominale de retour.

Mais, si le fait est admis, sa portée est assez méconnue pour qu'il ne figure guère dans l'histoire symptomatique et anatomique des cirrhoses qu'au titre de curiosité pathologique et de quantité négligeable en pratique. Et cependant, à en juger par le nombre assez considérable de faits qui ont été produits de toutes parts, depuis que l'attention a été attirée sur ce point, il y a lieu de croire que l'association des dilatations variqueuses de l'œsophage à la cirrhose du foie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et que, dans bien des cas où une autopsie muette a paru autoriser à porter le diagnostic d'hémorrhagie dyscrasique, essentielle, on est passé, sans y songer, à côté du véritable corps du délit.

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

La Société des artistes français, qui règle maintenant en souveraine les programmes des expositions, a supprimé cette année la gratuité du vernissage. Cela veut dire qu'il fallait payer 10 francs pour entrer au Salon la veille de l'ouverture officielle. On dit que la mesure a été générale, et qu'à part les artistes exposants, personne n'a pu franchir les guichets sans déposer son demi-louis dans la tirelire. Les sénateurs, les députés, les académiciens, les hauts magistrats, etc., tous porteurs de médailles privilégiées, n'ont été l'objet d'aucune exception. A l'exigence de ce droit d'entrée je ne vois, pour ma part, aucun mal. La Société des artistes français a versé, l'année dernière, une somme de 25.000 fr. dans la caisse de « l'Association des artistes ». Ce serait son excuse si elle avait besoin de s'excuser. Mais, comme personne n'est obligé d'assister au soi-disant vernissage, personne n'est recevable à se plaindre des conditions qu'on y met. Les impôts librement consentis sont tout à fait légitimes, et ceux qui particulièrement frappent la vanité ne sauraient jamais être condamnés. Or, c'est surtout par vanité qu'on tient à pénétrer ce jour-là au Palais de l'industrie ; ceux qui allèguent d'autres motifs auront à voir si le prix qu'on leur demande vaut, ou non, la satisfaction qu'ils y vont chercher. Les amateurs de jolies femmes trouveront qu'on ne peut assez payer le plaisir de voir rassemblées en costumes de ville toutes les actrices des théâtres de Paris. Les malins

©BIU Santé

C'est aux observateurs français, avec les faits déjà anciens de Fauvel (1), Le Diberder, etc., qu'est due la première mention des varices œsophagiennes d'origine hépatique, et, grâce aux travaux de Sappey et de Duret, l'étude la plus complète de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de cette remarquable lésion. On voulait bien tout récemment, à l'étranger, nous en rendre le témoignage; procédé trop rare pour ne pas être enregistré. Les thèses de Audibert, Chautemps, Dussaussay, se sont occupées de la question dans ces dernières années, mais une bibliographie rudimentaire, qui n'a mis à la disposition des auteurs qu'un nombre insignifiant de faits, enlève à leurs conclusions beaucoup de leur portée. Ce sont encore les faits qui ont manqué à Charcot pour traiter le sujet avec la précision et l'ampleur qui sont sa marque. L'article de Zenker et Ziemssen, du Dictionnaire de Ziemssen, n'est pas moins incomplet.

La première revue d'ensemble, basée sur un chiffre respectable d'obser-

(1) Fauvel : *Bull. Soc. méd. d'observat.*, 1838. — Le Diberder : *Rec. des trav. de la Soc. méd.*, 1838. — Rokitansky : *Med. Jahrb. Œsterr. st.*, 1840, XXI, p. 230. — Monneret : *Union médicale*, 1849, p. 49. — Rowland : *Americ. J. of med. sc.*, 1856. — Frerichs : *Klin. d. Leberkr.*, 1858, I, p. 280. — Bristowe : *Transact. of the path.* et *Soc. of London*, 1859, VII, p. 175. — Rokitansky : *Lehrb. d. path. Anat.*, 1861, III, p. 126. — Klebs : *Handb. d. palh. Anat.*,1868, III, p 162. — Heitler : *Wiener med. pr.*, 1872, p. 30. — Fioupe : *Bullet. Soc. anatomiq.*, 1874, p. 100. — Ebstein : *Schmidt's Jahrb.*, 1874, CLXIV, p. 160. — Audibert : Th. de Paris, 1874. — Chautemps : Th. de Paris, 1875. — Hanot : *Bulletin Soc. anatomiq.*, 1875, p. 3. — Empis : *Gaz. hôpit.*, 1876, p. 182. — Charcot : *Progrès médical*, 1876, p. 703. — Duret : *Progrès médical*, 1877, p. 306. — Dussaussay : Th. de Paris, 1877. — Zenker et Ziemssen : *Ziemssen's handb.*, 1878, VII, p. 125. — Leroux : *Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 332, etc. — Eberth : *Deut. Arch. f. klin. med.*, 1880, XXVII, p. 566. — Leduc : *Progrès médical*, 1881, p. 418. — Fr. Schilling : *Bay. ærtzl. int. Bl.*, 1883, XXX, 36. — Hans Bendz (de Lund) : *Nord med. ark.*, 1884, XVI, 2, p. 1, et *Schmidt's Jahrb.*, 1885, 2, p. 142. — Walter Berger : *Schm. Jahrb.*, id., 1885. — Sundberg : *Upsala Læk. før.*, 1884-85, V, 10, p. 488. — Kundrat : *Wiener med. pr.*, 1886, p. 274, et *Semaine méd.*, 1886, p. 67.

seront enchantés de pouvoir, dans un lieu aussi bien approprié, colporter cette fine remarque que le vernissage attire tout naturellement les femmes peintes. Les gens dans le mouvement, curieux de se tenir au niveau des derniers progrès de la mode, n'hésiteront pas à ouvrir leur bourse pour s'assurer que les chapeaux sont fixés au chignon par des dagues italiennes, en attendant qu'ils le soient par de véritables épées, que les mondaines ont placé des écailles électriques sur la partie proéminente de leurs corsets en cuirasse, et qu'elles se sont, enfin, décidées à laisser s'asseoir de gentils ouistitis sur leurs strapontins...

Un vieux médecin de la marine, fort observateur et fort savant, qui, dans l'intérêt de ses études anthropologiques probablement, tenait à voir les choses de près et sans voiles, me disait que de toutes les femmes du monde, la Française se mettait le plus difficilement dans le costume de la « Vérité ». C'était peut-être par pudeur. Il n'aurait osé l'affirmer. C'était peut-être aussi parce que, de toutes, c'est celle dont l'ajustement s'éloigne le plus de la nature et constitue le plus gros mensonge. Après Montesquieu, il reste à faire l'esprit des mœurs et des coutumes. On en pensera ce qu'on voudra, comme aussi de la qualité des femmes qui se prêtaient à de telles comparaisons.

Lorsqu'on entre dans le grand salon du centre, dit salon carré, la première impression est que ce salon est vide ; la seconde, qu'il est rempli de poussière. Cela vient de ce que le panneau qui fait face aux portes d'entrée est occupé tout entier par un tryptique de M. Puvis de Chavannes. La caractéristique du salon de cette année, pour le dire tout de suite, c'est l'adoption du genre Puvis de Chavannes. Il y en a partout. Naguère

vations, est due à un auteur suédois, Hans Bendz, de Lund (1884), qui publiait en même temps trois faits inédits. Walter Berger, qui a publié une analyse très complète de ce mémoire, a relevé quelques omissions (1885); enfin, tout récemment, Kundrat communiquait, à la Société império-royale des médecins de Vienne, cinq observations nouvelles relevées dans un espace de temps restreint, et Bamberger présentait, à cette occasion, quelques explications confirmatives. On se trouve donc, à cette heure, en possession d'un ensemble de documents suffisant pour qu'une étude d'ensemble puisse être abordée avec quelque intérêt.

II

L'obstruction plus ou moins complète de la circulation porte dans la cirrhose du foie, en prenant ici le terme de cirrhose dans le sens le plus général d'atrophie parenchymateuse de l'organe, qu'elle soit due à l'alcoolisme, à la syphilis, à la sénilité, etc. (ce qui, à la vérité, nous éloigne fort du sens étymologique), nécessite l'ouverture de nouvelles voies de retour au sang veineux qui menace d'encombrer le tube digestif et ses annexes. Le sang de la veine porte reflue dans les veines mammaires internes et épigastriques par les *veines portes accessoires*, bien décrites par Sappey, le groupe ombilical ou périombilical, en particulier, qui détermine consécutivement une stase dans les veines sous-cutanées abdominales. Un autre débouché se trouve également assuré par la communication existant entre les hémorrhoïdales supérieures (mésaraïque inférieure) et les hémorrhoïdales inférieures, aboutissant par les honteuses internes à la veine hypogastrique. Cruveilhier insiste surtout sur cette relation anastomotique, à l'efficacité de laquelle Sappey et Duret n'accordent pas grande créance. Rindfleisch a signalé, dans la même région, le rôle similaire du plexus spermatique, le système de Retzius. Mais c'est, en définitive, au système des veines portes accessoires qu'est dévolu le rôle capital dans l'établissement de cette circulation supplémentaire et, après le groupe ombilical, aux veines portes accessoires du ligament suspenseur dans lesquelles nous avons à discerner

---

les artistes parisiens n'avaient pas assez d'ironie et de dédain à l'endroit des bourgeois qui se laissaient prendre aux grandes machines prétentieuses et soufflées du maître lyonnais, mais, à cette heure, ce sont les artistes qui sont pris ; ce sont eux qui emboîtent le pas, et qui, au grand ébahissement des bourgeois « fort timides », forment, à la suite de ce chef contesté, une véritable école, et quelle école ! l'école de la peinture sans couleur, sans dessin et sans charme !

Le lecteur bienveillant voudra bien reconnaître que je me suis toujours montré d'une réserve excessive à propos de l'esthétique, et que je me suis gardé de jamais le fatiguer avec des théories sur les règles de l'art. Mais, puisque l'occasion se présente, j'en profite pour placer un des rares principes que j'ai, dès longtemps, formulés à mon usage personnel : « La première condition de la peinture, c'est d'être de la peinture. La seconde, c'est d'être agréable à regarder. » Ceux, aux yeux de qui les productions de M. Puvis de Chavannes réalisent ce naïf programme, auront tout lieu d'être satisfaits du salon de cette année, car les Puvis de Chavannes, de première ou de seconde main, abondent de tous côtés. Les autres viendront avec moi chercher des œuvres moins plâtreuses et plus intéressantes.

Par où commencer ? Par l'actualité et qu'y a-t-il de plus « actuel » que M. Pasteur ? Des nombreux portraits qui sollicitent les regards dans les salles du Palais des Champs-Elysées, aucun, certainement, n'attirera plus l'attention que les deux grands portraits de l'illustre professeur antirabique. Ils sont fort remarquables tous les deux. L'un est de M. Bonnat (salle 6), et c'est un des plus beaux que M. Bonnat ait jamais faits,

©BIU Santé

un groupe anastomosé, d'une part, avec les *diaphragmatiques* — en rapport avec les veines œsophagiennes — et, de l'autre, avec les branches de la veine porte qui répondent aux vaisseaux capsulaires. Kiernan a encore mis en lumière l'existence de vaisseaux dans les néomembranes qui unissent le foie au diaphragme, et sont un autre intermédiaire entre les branches de la veine porte et les veines diaphragmatiques.

Ce serait surtout, pour Duret, le plexus veineux périœsophagien externe qui communiquerait avec les veines diaphragmatiques. Ce même observateur a contesté à Dussaussay que les veines œsophagiennes sous muqueuses, dans les deux tiers de la hauteur du conduit, se rendissent exclusivement dans les *veines coronaires stomachiques*. La communication entre les deux ordres de vaisseaux n'aurait lieu que par de faibles ramuscules, tandis que le plexus œsophagien sous-muqueux serait plus directement relié à la veine cave par les veines bronchiques, azygos, diaphragmatiques, thyroïdiennes. Il n'en est pas moins vrai que la communication signalée par Dussaussay existe, rudimentaire à l'état normal, si l'on veut, mais susceptible d'acquérir, dans le cas pathologique qui nous occupe, un développement supplémentaire qui lui permet de concourir avec efficacité au dégorgement de la circulation porte. D'ailleurs les recherches de Kundrat accentueraient plutôt les conclusions de Dussaussay.

Le plexus veineux œsophagien occupe donc un carrefour où il est exposé à recevoir de différents côtés le contre-coup de toutes les causes de perturbation de la circulation du sang dans la veine porte. (*A suivre.*)

REVUE TRI-MENSUELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — DÉCEMBRE 1885 ET JANVIER 1886.

De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales, par le docteur PINARD, professeur agrégé, accoucheur de

---

M. Pasteur est debout, presque en pied, vêtu d'une redingote noire boutonnée, en drap que n'a jamais touché ni la poussière ni la brosse et dont le peintre a le secret ; la main droite est soutenue par l'entrecroisement des revers de la redingote, à la façon napoléonienne ; le bras gauche tombe, par un mouvement plein d'affectueux abandon sur sa petite-fille, Mlle Vallery-Radot, dont il tient la main. La gentille fillette, dont le costume bleu clair rappelle un peu les gandourahs arabes, ou les ajustements chinois, appuie sa jolie tête pensive contre son grand-père, qui ne paraît, d'ailleurs, occupé qu'à garder trop fixement la pose. Les mains de l'enfant sont d'une exécution tout à fait insuffisante, ainsi que la main gauche de M. Pasteur ; et cela est aussi surprenant que regrettable de la part d'un maître sûr de lui et précis comme l'est d'habitude M. Bonnat. Le ventre de M. Pasteur paraît beaucoup trop gros. Il est possible que cette faute apparente de proportions tienne à la distribution de la lumière qui vient d'en haut, comme d'un soupirail. Enfin, dernière observation, le groupe des deux personnages à l'air d'être placé à l'entrée d'un tunnel ; c'est toujours l'effet que produisent les fonds dégradés qu'affectionne M. Bonnat. On dirait d'une marque adoptée, d'une signature voulue qui servira plus tard à reconnaître les portraits de M. Bonnat, si, par aventure, son nom était effacé de la toile.

L'autre portrait, placé dans une salle fort éloignée du premier (salle 30), est l'œuvre d'un Finlandais, M. Edelfeld, dont le nom nous était jusqu'à ce jour inconnu. Il représente M. Pasteur dans son laboratoire de la rue d'Ulm, tenant un flacon qui renferme une moelle de lapin rabique et que le savant examine avec attention. Tout, dans cette

Lariboisière et H. Varnier, interne du service. — Grâce à l'antisepsie rigoureusement faite avant, pendant ou après l'accouchement, on peut dire et prouver par les statistiques qu'une femme enceinte et bien portante qui entre dans un service d'hôpital bien tenu, est à l'abri de tout accident.

La mortalité peut donc, et doit être égale à zéro, pour cette catégorie de parturientes. Malheureusement, il n'en est pas de même pour les femmes qui arrivent empoisonnées par des tentatives opératoires faites en ville avec des mains et des instruments malpropres.

La statistique du service d'accouchement de Lariboisière, pour l'année 1885, est à ce point de vue, des plus démonstratives. La mortalité a été nulle pour les accouchements commencés et finis dans le service, quelle qu'ait été l'intervention, ou la gravité des accidents. Il y eut, en effet, 34 applications de forceps, 7 basiotripsies, 10 versions podaliques, 1 embryotomie, 7 délivrances artificielles, 8 accouchements provoqués et 15 avortements suivis de rétention du placenta.

Quatre femmes ont succombé. L'accouchement ou l'avortement de chacune d'elles était commencé ou fini avant l'entrée dans le service.

Pour les accouchements faits entièrement dans le service, non seulement la mortalité, mais même la morbidité a été nulle.

Des quatre femmes contaminées au dehors et apportées dans cet état à l'hôpital, deux avaient des accidents septiques dus à la rétention placentaire. Les deux autres avaient subi des applications réitérées de forceps ayant causé d'énormes délabrements. L'une à son entrée était accouchée, délivrée, en proie à la septicémie.

La thérapeutique faite dans le service est-elle dans une certaine mesure responsable de la mort de ces quatre femmes ? C'est ce que MM. Pinard et Varnier examinent.

En pareil cas que faire ? L'antisepsie rigoureuse. Est-elle possible ? Pour que l'antisepsie soit rigoureuse, il faut détruire sur place les micro-organismes, faire pénétrer pour cela les solutions antiseptiques dans les coins les plus reculés de la plaie, détruire, s'il y a lieu, la couche de granulations qui s'est développée sur la plaie et dans lesquelles les microbes pourraient être renfermés, laver de nouveau, drainer, puis recouvrir la plaie d'un pansement antiseptique.

Par ce procédé, des plaies de mauvaise nature, dilacérées, guérissent sans suppuration ni gangrène.

Or l'impossibilité de nettoyer le vagin et l'utérus comme on fait pour une plaie à

œuvre, est intéressant ; les accessoires sont supérieurement peints ; la lumière est bien distribuée et enveloppe d'une façon douce et charmante toutes choses ; l'attitude du professeur est juste et absolument personnelle ; son expression méditative est saisissante. Les mains sont d'un accent superbe. Bien que le dessin de la tête soit moins rigoureux que celui de M. Bonnat, cependant la ressemblance est frappante, et, somme toute, je ne sais trop si je ne préfère ce portrait au précédent. S'il est moins exact, il est aussi moins dur. Ce n'est pas aussi photographique, mais c'est plus peintre.

(*A suivre.*) Cl. Suty.

Glycéré contre le chancre. — Demarquay.

Précipité blanc	1 gramme.
Glycéré d'amydon	30 grammes.

Mêlez. — Pour panser le chancre simple. — Dans le cas de chancre pultacé, l'auteur a recours au mélange suivant :

Nitrate d'argent cristallisé	1 gramme.
Glycérine	30 grammes.

N. G.

©BIU Santé

ciel ouvert, le voisinage de l'anus et de la vessie, la difficulté de maintenir un pansement sur le périnée rendent l'antisepsie utérine et vaginale relative.

Dans deux cas donnés comme types par les auteurs, malgré des irrigations vaginales pratiquées toutes les heures et des lavages intra-utérins faits toutes les trois ou quatre heures avec la solution de bi-iodure pure ou dédoublée, on n'a pu prévenir ou arrêter le développement de la septicémie. La première observation concerne une femme à terme, amenée à l'hôpital après vingt et une heures de travail et deux applications de forceps vaines et laborieuses. L'état général est mauvais. Le doigt ramène des lambeaux de muqueuse vaginale déchirée. Présentation de la face, prise par l'opérateur de la ville pour une présentation du siège. Enclavement de la tête. Le docteur Pinard pratique la basiotripsie. Après un seul broiement le fœtus est facilement extrait. Délivrance naturelle vingt minutes plus tard. Injections, lavages antiseptiques abondants et fréquents. Mort de la femme le sixième jour.

La seconde observation concerne une femme qui entre à l'hôpital pour un avortement de deux mois et demi à trois mois fait le matin en ville, dans des conditions qu'elle ne peut ou ne veut préciser. Etat général mauvais, teint terreux. Caillots fétides dans le vagin. Irrigations intra-utérines. Mort le dixième jour.

Donc, les injections intermittentes n'ont qu'une action passagère sur l'organisme. De plus cette action n'est que superficielle. L'ennemi est déjà dans la place. Il faudrait le poursuivre dans la circulation. La quantité d'antiseptique absorbée est insuffisante. Il faudrait que les parties génitales fussent imbibées jusqu'à l'absorption. C'est dans cette intention que M. Verneuil recherche, loin de l'éviter, la coloration brun verdâtre de l'urine chez ses opérées, comme preuve de l'absorption et de l'élimination compensatrice de l'acide phénique.

En chirurgie, le traitement auquel ont été soumises les deux malades du service de Lariboisière, équivaudrait à celui-ci : lavage avec une solution antiseptique toutes les demi-heures ou toutes les heures d'une plaie restant dans l'intervalle exposé à l'envahissement des germes.

Quel est le chirurgien qui donnerait à pareil traitement le nom d'antiseptique ?

Voilà pourquoi Langenbach et Schede ont proposé le drainage de l'utérus. Le but était d'éviter toute stagnation. Or, suivant Fritsch, c'est le but contraire qui est atteint. Les sécrétions trop épaisses ne s'écoulent pas, il faut les évacuer par un courant d'eau. Par le tube on ouvre une communication faite entre le vagin et le fond de l'utérus. Le drainage devient ainsi le propagateur de l'infection.

Par conséquent les injections et lavages intermittents, merveilleux moyens de traitement dans les accouchements commencés et finis dans le service, sont insuffisants dans les cas cités plus haut.

Or, la pratique journalière montre que la différence de gravité entre les accidents puerpéraux (en supposant le foie et le rein sains) tient simplement à la plus ou moins grande quantité de produits septiques, absorbés, que, si l'on agit assez énergiquement sur l'endométrite septique, on prévient ou on arrête la lymphangite, la péritonite ou la phlébite. Question de dose, de profondeur plus ou moins grande de pénétration de l'agent septique.

La conclusion s'imposait. Il fallait tenter l'irrigation continue, méthode discréditée par ceux mêmes qui l'avaient des premiers appliquée, et vantée en dernier lieu par le professeur Sneguireff (de Moscou). Après divers essais on s'arrêta au manuel opératoire suivant :

Disposition du lit. — Sur un lit en fer muni d'un sommier à lames parallèles et espacées, deux matelas ordinaires pliés en deux sont placés bout à bout de façon qu'un intervalle existe au milieu du lit entre les deux matelas. Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide et dirigent le liquide dans un récipient disposé sous le lit.

Appareil irrigateur. — Après l'essai de diverses sondes, la préférence a été donnée à des sondes plates en étain auxquelles on peut donner la courbure nécessaire, courbure utérine et courbure périnéale.

L'antéversion habituelle de l'utérus après l'accouchement rend difficile l'emploi des sondes droites. Avec elles, il faut déprimer fortement la commissure postérieure pour pénétrer au fond de l'utérus. La sonde est munie d'ouvertures disposées de façon à irriguer largement et de toutes parts les parois de l'organe.

Un tonnelet en faïence émaillée d'une contenance de 15 litres est placé à 50 centimètres au-dessus du plan du lit. Il est relié à la sonde par un tube en caoutchouc. Un robinet permet de régler le débit du liquide. Le tonnelet se vidait en une heure environ.

Liquide employé. — On commence par une solution de bi-iodure de mercure à 1/2000, formule conseillée par le professeur Bouchard et employée dans le service pour les toilettes des femmes et le lavage des mains du personnel. Cette solution, moins irritante que celle du sublimé, produit cependant, au bout de quelques heures, une sensation douloureuse. On la remplace alors par une solution phéniquée à 1/100, qui a été employée pendant trois jours de suite sans inconvénient, et peut être continuée jusqu'au moment où les urines deviennent noires. Une solution saturée d'acide borique remplace la solution phéniquée lorsque l'emploi de celle-ci paraît dangereux. La température des liquides varie entre 35° et 40°.

L'irrigation continue a été employée dans 16 cas; quatre fois dans un but prophylactique, à la suite d'accouchements laborieux, terminés et non commencés dans le service. Trois fois la guérison s'est faite sans fièvre. Une fois la malade est morte de péritonite.

Les douze cas dans lesquels l'irrigation continue a été employée comme traitement curatif de l'infection puerpérale ont donné 8 guérisons et 4 morts.

Après avoir fait l'historique de l'irrigation permanente, les auteurs réfutent les propositions de Fritsch, contraires à ce mode de traitement, et concluent que dans un lit bien fait les femmes le supportent sans peine, qu'il est exempt de dangers et que leurs observations démontrent sa supériorité sur l'irrigation temporaire, dans les cas graves.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — FÉVRIER 1886.

Rupture de la matrice. — Opération de Porro. — Guérison, par le professeur Slawiansky, de Saint-Pétersbourg. — Une femme enceinte pour la neuvième fois, arrivée au terme de sa grossesse, est renversée par un tramway, tombe sur le côté gauche de l'abdomen, et est froissée par la voiture. Une hémorrhagie se déclare. Syncope. On la porte à l'hôpital. Ventre très sensible. Examen après chloroformisation.

Palper. — On trouve immédiatement sous la paroi abdominale, dans la fosse iliaque gauche, la tête du fœtus. On sent les sutures. On diagnostique une rupture de l'utérus, *mais on ne peut délimiter celui-ci.* Fœtus mobile. Cœur introuvable.

Toucher. — Le col n'est pas effacé, mais il est facilement dilatable et permet l'introduction de deux doigts. L'orifice interne dépassé, on arrive à droite sur la paroi utérine et l'on touche le bord du placenta; mais, à gauche, on ne trouve plus la paroi utérine et, en pratiquant le toucher et le palper combinés, on parvient à rapprocher les doigts de telle façon qu'ils ne sont séparés que par la paroi abdominale. *Mais, sur aucun point, on n'arrive à reconnaître les bords de la rupture utérine.*

Il manquait, dit le professeur Slawiansky, le signe pathognomonique de la rupture utérine, la constatation nette du corps de la matrice, située à côté du fœtus dans les cas de rupture. La minceur extrême des parois utérines et abdominales peut donner lieu à des sensations semblables à celles que le palper avait fait éprouver.

Le diagnostic fut : rupture traumatique probable de l'utérus gravide. Le fœtus était-il dans la cavité abdominale, était-il dans la région sous-péritonéale? Cette question ne pouvait être résolue que durant l'intervention. Celle-ci était imposée par la gravité des accidents. Que fallait-il faire? On pouvait intervenir de deux façons :

1° Par les voies naturelles;

2° Par la section de la paroi abdominale.

Le premier mode d'intervention était, dit le professeur, bien séduisant, car on atteî-

©BIU Santé

gnait facilement par le toucher un pied du fœtus enveloppé dans les membranes. Rompre celles-ci, faire évoluer un fœtus très mobile paraissait une opération aisée.

Le professeur craignant que la rupture ne fût complète et l'enfant passé dans la cavité abdominale, et que l'ouverture des membranes, en facilitant l'introduction de l'air, ne créât une circonstance favorable à l'infection, se décida pour la laparotomie, *en commençant par une incision exploratrice.*

Il était entendu que, si l'on constatait que le fœtus était resté sous la séreuse péritonéale, on fermerait aussitôt l'incision, et que l'extraction serait opérée par les voies naturelles.

Etat de la malade, chloroformée, au début de l'opération : temp. 38°6, pouls 138, respiration 25.

Opération. — Antisepsie minutieuse. Incision de 2 centimètres sur la ligne blanche. Ouverture du péritoine. Un liquide composé de méconium et de vernix caséosa s'échappe par l'ouverture. On aperçoit le cuir chevelu. Le fœtus étant, comme on le supposait, dans la cavité abdominale, on incise la paroi abdominale et le péritoine sur une étendue de 12 centimètre, et le fœtus est extrait par la tête avec douceur.

On introduit la main pour enlever le délivre. On le trouve adhérent à la face externe de la matrice. Cette étrange situation décide le professeur Slawiansky à attirer l'utérus hors de l'abdomen pour se rendre un compte exact des rapports du placenta. Cette extraction n'offrit pas de difficultés, et, dit le professeur, « j'eus alors, sous les yeux, un tableau qui m'était absolument inconnu jusqu'à ce jour. »

Le matrice, déchirée d'un côté à l'autre dans son tiers supérieur, était complètement retournée, de telle façon que sa surface interne était devenue externe. Le placenta et les membranes étaient adhérents et masquaient l'orifice interne. La matrice avait l'aspect d'un champignon dans le chapeau duquel on voyait pénétrer les trompes de Fallope.

Pour éviter l'hémorrhagie redoutable que le décollement devait causer, le professeur Slawiansky appliqua un lien élastique sur le col, enleva le placenta et les membranes et résolut de faire l'ablation de l'utérus et des annexes.

Un second lien élastique comprima le col plus solidement que le premier. Deux autres ligatures élastiques furent placées sur le pédicule divisé en deux segments. On adopta la méthode extra-péritonéale. Neuf sutures profondes faites avec un fil de soie fermèrent la plaie abdominale. Le pédicule fut fixé dans la plaie au moyen de ces sutures. Les deux liens élastiques furent attirés hors de la plaie. Toute sa surface et le pédicule furent largement saupoudrés d'iodoforme. Pansement fait au moyen de deux couches de gaze iodoformée, d'une mince feuille d'ouate sublimée et d'une ceinture hypogastrique. Le placenta était bilobé, l'une des moitiés ayant 20 centimètres sur 16, l'autre 12 sur 8. Le fœtus pesait 2,850 grammes.

Quoiqu'on eût constaté, au cours de l'opération, le début d'une péritonite généralisée, les suites furent heureuses. Les sutures ont été enlevées le quatorzième jour, sauf les deux qui avaient été placées à côté et sous le pédicule.

Celles-ci ont été retirées le vingtième jour. La sécrétion de la partie de la plaie située au-dessous du pédicule prit de bonne heure le caractère de la purulence. L'élimination de la partie desséchée, sphacélée du pédicule s'effectua de la façon la plus régulière. Elle tomba le vingt-troisième jour, laissant une surface granuleuse grande comme une pièce de 10 francs en or. Elle a maintenant l'aspect d'un second nombril. Par le toucher, on constate que la portion vaginale de l'utérus est très élevée et fixée à la paroi abdominale. Les culs-de-sacs sont libres.

Cinq jours après l'opération, il y eut une diarrhée abondante. La température s'éleva à 39°. La diarrhée dura quatre jours. Le troisième jour après l'opération, l'albumine se montra dans les urines et ne disparut que le vingtième jour. A ce moment se forma un abcès de la région fessière, qui s'ouvrit spontanément au niveau du coccyx trente-six jours après l'opération. Alors seulement, la température devint normale.

L'auteur fait suivre l'observation des considérations suivantes : « Les faits de rupture de la matrice pendant la grossesse sont fort rares. Il se peut que des conditions exceptionnelles se soient rencontrées dans notre cas.

« Il est aisé de se figurer dans quelle épouvantable situation se seraient trouvés, dans notre cas, l'opérateur et l'opérée, si nous avions fait la version. Cette opération, cependant, aussi bien que l'extraction du fœtus, paraissait devoir être d'une grande facilité. Mais nos premières tentatives de décollement du placenta auraient causé une hémorrhagie foudroyante à laquelle la patiente aurait succombé.

« Aussi, dans le cas de rupture de l'utérus gravide, lorsqu'on ignore la situation exacte de la lésion et la disposition accidentelle de l'organe, l'intervention par les voies naturelles est hasardée, et il est logique de préférer la laparotomie. »

L'intérêt tout spécial qui s'attache à notre cas réside dans le fait de l'éversion utérine qui donne lieu aux considérations suivantes :

Le contour *indéfini* de la matrice en rapport direct avec son état d'éversion, par la présence, sur sa face interne devenue externe, du gâteau placentaire, rendait les résultats de la palpation insuffisants. Il en est résulté pour nous l'obligation d'appliquer les principes de la chirurgie abdominale.

L'incision exploratrice seule nous a permis de nous rendre compte de ce qu'il restait à faire.

En prévenant le décollement du placenta et des membranes, l'éversion a empêché une hémorrhagie mortelle, et les membranes de l'œuf, étendues sur l'orifice à la manière d'un diaphragme, ont rendu impossible la pénétration de l'air dans la cavité péritonéale. Il n'est devenu accessible aux germes infectieux que par la laparotomie.

L'éversion utérine a été, dans notre cas, la véritable indication de l'opération de Porro. Bien que, jusqu'à ce jour, les statistiques relatives à l'amputation utéro-ovarique n'aient pas établi sa supériorité sur la section césarienne classique, on peut admettre que, dans quelques cas particuliers, elle sera plus apte à donner des résultats préférables à ceux qu'on peut attendre de l'opération par laquelle on laisse dans la cavité péritonéale une matrice déchirée.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — FÉVRIER 1886.

De quelques accidents intestinaux survenant après les opérations abdominales, par M. P. SEBILEAU, interne des hôpitaux. — L'auteur a observé et étudié de près, dans le service du docteur Terrillon, les phénomènes du tube digestif qui suivent les laparotomies. Il les range en trois groupes, d'après la persistance et l'intensité.

D'ordinaire, voici ce que l'on observe : la malade, rapportée dans son lit, vomit ou régurgite des mucosités bilieuses. Ces crises sont accompagnées ou non de hoquet qui détermine des secousses diaphragmatiques et abdominales très fatigantes.

Le lendemain de l'opération, d'ordinaire les nausées et les renvois cessent, mais alors surviennent des gaz anaux dont l'émission procure un soulagement marqué.

M. Sebileau attribue les vomissements à l'intoxication chloroformique, et les éructations à une paresse intestinale.

C'est celle-ci qui tient sous sa dépendance les trois types cliniques :

1° *Type bénin, léger.* — L'émission des gaz par la bouche persiste trois ou quatre jours, puis cesse et est remplacée par une émission anale accompagnée de coliques légères. Dès lors, l'état s'améliore. La respiration, un peu gênée, devient facile.

2° *Type moyen.* — Éructations et vomissements, ballonnement du ventre. Tympanisme épigastrique. La malade ne repose plus. L'action continue de l'opium empêche seule les gaz nauséeux. Respiration difficile. Les traits se tirent.

Alors l'introduction d'une sonde anale, un lavement, et surtout une douche ascendante, quelquefois une purgation, amènent l'issue d'une quantité de gaz et une amélioration immédiate. Puis les troubles réapparaissent pour cesser par l'usage réitéré des divers évacuants qui viennent d'être énumérés.

3° *Types graves.* — Dans quelques cas, la thérapeutique est sans ressource. On assiste à une véritable occlusion intestinale, et, vers le neuvième jour, la malade succombe sans grandes douleurs, sans vomissements fécaloïdes, d'habitude, dans un affaiblissement graduel.

L'auteur justifie ce tableau par des exemples de diverses catégories. Il n'est pas

©BIU Santé

besoin d'un grand traumatisme péritonéal pour provoquer les troubles. Toutes les observations se résument en quelques mots : *Eructations, nausées, vomissements ou régurgitations, coliques abdominales peu vives, ballonnement du ventre, gêne respiratoire, dyspnée croissante, affaiblissement progressif, facies hippocratique.*

Ces types cliniques ne sont pas absolument les seuls. Qu'ils se terminent par la guérison ou par la mort, ils méritent le nom de cas *aigus*, et, dans les dix jours au plus, leur évolution est faite. D'autres, au contraire, traînent en longueur, cèdent au traitement et réapparaissent dès qu'on le cesse. Ce sont les cas *subaigus*. D'autres, enfin, apparaissent et évoluent très rapidement. En deux ou trois jours, les malades succombent. Ces cas ne sauraient être acceptés sans discussion. Ce seraient les cas *suraigus*. Deux autopsies de ces cas ont été faites. Il n'y avait pas de pus dans le péritoine, mais seulement une arborisation marquée des parois intestinales. Est-ce là de la péritonite? L'auteur pose un point d'interrogation et s'abstient de trancher la question.

La production des gaz et l'adynamie intestinale qui empêche leur évacuation sont difficiles à expliquer, le premier phénomène surtout. Quant au second, il faut avouer que toutes les conditions sont réunies pour produire la parésie. Traumatisme, excitation du grand sympathique, contact prolongé de l'air, déplacement des anses.

Quoi qu'il en soit, si la péritonite post-opératoire devient une rareté clinique avec les précautions antiseptiques, il n'en est pas ainsi des accidents intestinaux. Au point de vue du pronostic, leur importance est considérable. Sont-ils légers, il fatiguent la malade; sont-ils plus graves, ils ballonnent le ventre et retardent la réunion des lèvres de la plaie; persistent-ils, ils peuvent déterminer la mort.

Il ne faut donc pas attendre pour agir contre eux. Quand, le lendemain d'une opération abdominale, la malade n'a pas rendu de gaz par l'anus, il faut de suite introduire dans le rectum une sonde œsophagienne, de préférence à la sonde rectale. Ce moyen réussit souvent. S'il échoue, il faut user de purgatifs doux ou de douches ascendantes d'eau gazeuse de Seltz. L'auteur, en terminant, se demande si l'on n'obtiendrait pas de bons résultats par l'électricité sous forme de courants continus.

Dr Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine, pour la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Niepce (d'Allevard), qui sollicite le titre de membre correspondant.

3° Une lettre de MM. Duguet et Héricourt dans laquelle ces auteurs déclarent avoir continué leurs recherches sur les rapports du pityriasis versicolor et de la tuberculose, recherches qui les ont conduits à des résultats contradictoires de ceux qu'ils avaient annoncés dans une première communication et à abandonner leurs vues d'ensemble sur la tuberculose.

M. Laboulbène présente de la part de M. Railliet, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, le deuxième et dernier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Eléments de zoologie médicale et agricole.*

M. Gariel met sous les yeux de ses collègues *un nouveau modèle d'hygromètre à condensation*, par M. Bourbouze.

M. Besnier présente, au nom de M. le docteur Frantz Glénard, médecin à Vichy, deux exemplaires d'un travail intitulé : *Applications de la méthode naturelle à l'analyse et à la détermination d'une espèce : de l'entéroptose.*

M. Bucquoy présente, au nom de M. le docteur Niepce (d'Allevard), un mémoire sur la *contagion et la transmissibilité de la tuberculose.*

M. Fournier présente, au nom de M. le docteur Vidal, une brochure ayant pour titre : *De la thermalité des eaux d'Aix dans le traitement de la goutte.*

M. Maurice Perrin offre, de la part de M. Mercier, médecin-major, un travail ayant pour titre : *Des conditions et des modes de l'intervention chirurgicale pendant l'expédition du Tonkin.*

M. Alphonse Guérin présente, de la part de M. le docteur Regnault, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, une brochure intitulé : *Guide pratique et médical du baigneur et du médecin.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

La liste de la commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Trasbot; en deuxième ligne, M. Nocart; en troisième ligne, M. Weber; en quatrième ligne, MM. Barrier et Railliet; en cinquième ligne, M. Mégnin.

Le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Trasbot obtient 62 suffrages, M. Mégnin 3, M. Weber 2, bulletin blanc 1.

En conséquence, M. Trasbot ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire.

M. le Président propose, au nom du bureau, et l'Académie accepte, pour la commission Béchamp-Pasteur, les noms suivants : MM. Cornil, Ranvier, Gautier, Laboulbène, Villemin, Schutzemberger et Sappey.

M. Vidal communique, au nom de M le docteur Dubrandy, d'Hyères (Var), l'observation d'une femme de 51 ans à laquelle il a enlevé une corne de 25 centimètres de long située dans la région de la fontanelle postérieure.

M. Armand Gautier a la parole pour la clôture de la discussion *sur les ptomaïnes et les leucomaïnes.* Répondant à l'argumentation de M. Béchamp, M. Gautier déclare que son contradicteur est constamment resté à côté de la question; il avait dit leucomaïnes et ptomaïnes, M. Béchamp a répondu *microzymas.* M. Gautier montre que M. Béchamp a outrepassé sa pensée lorsqu'il lui fait dire que la vie est une putréfaction. Le premier, M. Gautier a fait voir, par un raisonnement fondé sur la seule considération des poids d'oxygène absorbé et rejeté, que nos excrétions contiennent environ un cinquième d'oxygène de plus que l'air que nous respirons; que, par conséquent, une partie de ces excrétions se produit par voie de simple dédoublement, sans intervention de l'oxygène extérieur, comme se produit le dédoublement des matières organiques oxygénées dans les ferments anaérobies.

Relativement à la constitution des albuminoïdes, M. Gautier déclare que ce sont les recherches de M. Schutzemberger et non les idées de M. Béchamp qui nous ont éclairés sur cette constitution qui n'en reste pas moins, à cette heure, encore obscure et contestée sur quelques points.

Quant à la démonstration que les alcaloïdes animaux proviennent de l'écroulement de la molécule albuminoïde, il fallait, au moins, pour la faire, que les ptomaïnes et les leucomaïnes fussent connues; or, elles n'existaient pas en 1856, et les autres alcaloïdes animaux étaient méconnus ou niés, ou du moins classés parmi les amides.

M. Gautier laisse avec confiance au temps de dire si c'est *jeu familier en physiologie*, comme le prétend M. Béchamp, de dépouiller la cellule de l'un des nombreux mystères qu'elle cache encore, d'y démontrer la production incessante et à l'état normal de composés plus ou moins toxiques, alcaloïdiques ou amides; de retirer ces délicates substances qui avaient jusqu'ici échappé à tous, de la salive, des urines, des muscles, du sang, de la rate, du foie, de tous les tissus normaux; de montrer ces agents d'auto-infection perpétuellement produits et toujours prêts à provoquer et à généraliser l'état morbide par leur activité sur les centres nerveux, aussitôt que leur excrétion ou leur destruction par l'oxygène du sang subit un temps d'arrêt.

©BIU Santé

En terminant, M. Gautier tient à déclarer encore une fois qu'il ne croit pas que l'organisation et la vie soient nécessairement liées à la forme anatomique des tissus, en particulier à la cellule ou à ses granulations. La vie est la conséquence et la résultante du mode d'agrégation et des propriétés mécaniques et chimiques des matériaux des plasmas et de leurs parties figurées. Elle se perpétue et se modifie par la continuité et les transformations d'états moléculaires et de phénomènes physico-chimiques qui se passent dans ces agrégations développées sous l'influence d'agrégations semblables préexistantes.

COURRIER

Concours de l'agrégation. — Deux concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 1er juin 1886, à cinq heures du soir.

1° Le premier, pour la nomination à neuf places d'agrégé dans la section des sciences physiques (physique, chimie et toxicologie). Les candidats, au nombre de quatorze, sont : MM. les docteurs Borel (Joseph), Chevy (Eugène), Fauconnier (Adrien), Laulling (Eugène) et Villejean (Eugène), de l'Académie de Paris ; Morelle (Emile) et Thibaut (Louis), de l'Académie de Douai ; Didelot (Léon), Florence (Albert) et Guérin (Gabriel), de l'Académie de Lyon ; Hugounenq (Louis), Lauret (Magloire) et Malosse (Théodore), de l'Académie de Montpellier ; Leroy (Arthur), de l'Académie de Nancy.

2° Le second, pour la nomination à douze places d'agrégé dans la section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. Les candidats, au nombre de vingt-deux, sont : MM. les docteurs Assaky (Georges), Genevoy (Marie), Gley (Emile), Guinard (Aimé), Martin (Hippolyte), Mougenc de Saint-Avid (Marie), Poirier (Julien), Princeteau (Laurent), Quenu (Alfred), Retterer (Edouard), Tapie (Joseph) et Variot (Félix), de l'Académie de Paris ; Ferré (Paul) et Nabias (Napoléon), de l'Académie de Bordeaux ; Barrois (Charles) et Colas (Charles), de l'Académie de Douai ; Jabouley (Mathieu) et Rodet (Joseph), de l'Académie de Lyon ; Gilis (Antoine), de l'Académie de Montpellier ; Guillemin (François), Nicolas (Adolphe) et René (Albert), de l'Académie de Nancy.

— Le registre d'inscription des candidats du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le 24 mai 1886, a été clos mercredi soir. Les candidats inscrits sont au nombre de huit. Ce sont : MM. les docteurs Auvard, Bureau, Boissard, Bonnaire, Olivier, Loviot, Tissier et Stapfer.

— M. Dubois soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 13 mai 1886, à quatre heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse sur « Les élatérides lumineux. Contribution à l'étude de la production de la lumière par les êtres vivants. »

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur François est nommé pour six ans chef des travaux pratiques de physiologie.

Faculté de médecine de Lille. — M. Traill est maintenu dans ses fonctions de chef de clinique chirurgicale, jusqu'au 31 octobre 1886.

— M. le docteur Labat, professeur aux Écoles de médecine et vétérinaire de Toulouse, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d Toulouse.

La Farine Morton est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. R. Longuet : Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte. — II. Ch. Eloy : L'Exposition d'hygiène urbaine. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Cours d'hygiène thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz. — Leçon d'ouverture. — VII. Formulaire.

Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte (1)

III

Ce mécanisme pathogénique de l'exagération compensatrice du plexus veineux œsophagien qui ne tarde pas à donner lieu, les troubles de la circulation porte croissant, à de véritables dilatations variqueuses, rentre tellement dans les procédés ordinaires de l'économie, qu'on a lieu de s'étonner de voir Chautemps invoquer de préférence une sorte d'état diathésique, une manière de *tempérament variqueux* développé sous l'influence de la dyscrasie hépatique, dans les cas où, d'autre part, la présence simultanée des dilatations veineuses œsophagiennes ne tiendrait pas à une simple coïncidence.

Nous ne nous attarderons pas à discuter cette conception hypothétique d'une diathèse nouvelle dont le besoin ne se faisait nullement sentir, en présence d'un phénomène réductible aux lois les plus élémentaires de l'angéiopathologie.

Il nous faut cependant mentionner l'état variqueux du plexus œsophagien sous-muqueux signalé par Zenker et Ziemssen chez le vieillard, en coïncidence avec l'atrophie sénile du foie, et sans que ces auteurs puissent faire la part distributive exacte de ce qui revient, dans la production de cette lésion, à la maladie hépatique ou à la sénilité (emphysème, atrophie du poumon concomitants). Les dilatations veineuses développées dans ces conditions seraient même beaucoup plus fréquentes que celles qui appar-

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

FEUILLETON

COURS D'HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.
LEÇON D'OUVERTURE.

C'est un enseignement nouveau que M. Dujardin-Beaumetz inaugurait le 5 mai dernier, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Cochin. A l'empressement des médecins et des étudiants, on peut juger de la faveur qu'obtient sa parole chaleureuse et la sincérité de ses convictions.

« L'hygiène thérapeutique est cette partie des sciences médicales qui a pour objet « de diriger l'emploi des modifications hygiéniques dans le traitement des maladies, « d'en régler les conditions de manière à conduire le plus promptement et le plus « sûrement au rétablissement de la santé. »

Elle date de loin, et M. Dujardin-Beaumetz, dans un passage, qui n'est pas le moins original de cette leçon, en cherche les origines dans l'histoire de la médecine de tous les temps et de tous les lieux.

« Bien ou mal comprise, l'homme préhistorique ne devait faire que de l'hygiène « thérapeutique. Nous en avons une preuve certaine en voyant ce qui se passe au- « jourd'hui dans les peuplades qui vivent encore à notre époque comme vivaient « autrefois les individus de l'âge de pierre.

« Voyez les habitants de la Terre de Feu..... Le Fuégien, pour combattre les diverses

©BIU Santé

tiennent à la cirrhose, car elles se rencontreraient, toujours d'après ces auteurs, dans 24 p. 100 des cas, et les autres dans 5,5 p. 100 seulement.

Mais elles apparaîtraient surtout à la partie supérieure de l'œsophage sous forme de dilatations moniliformes et ampullaires peu développées, tandis que les varicosités supplémentaires de l'obstruction porte qui nous occupent, bien que pouvant occuper toute l'étendue du tube œsophagien, appartiennent surtout au tiers ou aux deux tiers inférieurs de l'œsophage et se montrent sous l'aspect d'un lacis sinueux et serré dans lequel les troncs veineux atteignent le volume d'une plume d'oie, d'un crayon, ou même du doigt. A leur surface, la muqueuse est complètement atrophiée ; il semble que les veines soient directement et uniquement recouvertes par l'épithélium. Ainsi s'explique la facilité, comme le danger, des hémorrhagies dont elles sont le siège.

Ces hémorrhagies sont déterminées soit par la rupture d'emblée d'une dilatation veineuse, soit à la suite d'un processus inflammatoire (Kundrat) ou catarrhal (Zenker) qui détermine la production d'un ulcère variqueux, aboutissant, par la nécrose complète de la muqueuse, à une perte de substance au sommet d'une des varicosités ; ou encore il se forme plusieurs pertuis se réunissant en un cratère unique par la disparition du tissu intermédiaire nécrosé. Souvent, après une hémorrhagie mortelle, la fissure n'a pu être retrouvée, malgré les plus minutieuses recherches ; et dans un de ses cas, Hans Bendz ne l'a découverte qu'en insufflant les vaisseaux.

Le sang se trouve d'ailleurs soumis, dans les dilatations œsophagiennes, à une pression variable selon les différents temps de la respiration, mais suffisamment forte en permanence pour qu'il y ait à tenir compte de l'intervention de cet autre facteur comme cause aggravante de la lésion, et dans certains cas même, déterminante des accidents ultimes d'hémorrhagie ; cela, en vertu d'un mécanisme bien mis en lumière par Duret. D'après Rosapelly et P. Bert, la tension dans la veine porte monte, pendant l'inspiration, de 7 millimètres à 14 et 18 millimètres ; ces chiffres doivent être

---

« maladies, n'emploie que les moyens suivants : le massage, quelques bains de vapeur « qu'il obtient en plaçant le malade sous des couvertures où du feu est allumé et des « bains froids que toute nouvelle accouchée doit prendre immédiatement après la par- « turition.

« Voilà en quoi se résume la thérapeutique de ces hommes primitifs. Ils pourraient « utiliser cependant quelques plantes médicinales qui poussent dans la contrée, mais « ils ne le font point, ignorant leurs vertus curatives. Seulement aux derniers moments « de l'agonie, par un sentiment de commisération plutôt que par cruauté, ils terminent « cette scène pénible en étouffant le malade. »

Les perfectionnements des moyens hygiéniques et thérapeutiques ont été parallèles à ceux de la civilisation. Pour nous, reprend M. Dujardin-Beaumetz, issus de la branche indo-européenne, c'est chez les Indous que nous devons trouver les premiers éléments de cette thérapeutique hygiénique : « Avec le peuple indou, l'hygiène thérapeutique prend « un caractère religieux, caractère qu'elle gardera pendant de longs siècles.

« C'est dans les livres sacrés de l'Inde, dans les *Vedas* et en particulier dans le *Rig-Veda* « et le *Code de Manou* que l'on trouve les préceptes de cette hygiène religieuse. Les dieux « protecteurs de la médecine, les *Aswius* président à tout ce qui a trait à la santé. C'est à « eux que l'on s'adresse pour combattre les maladies et pour montrer le rôle important « de l'air et de l'eau dans la thérapeutique. » M. Dujardin-Beaumetz rappelle les passages d'un hymne sacré de ce *Rig-Veda* et les invocations adressées aux *Viswadevas* pour implorer le vent « qui apporte la force et la beauté » ou « emporte la maladie » et les

notablement augmentés si l'on tient compte de l'augmentation de pression qui résulte de la lésion pathologique. Or, dans ce même temps, et par suite de l'abaissement du diaphragme, il y a appel du sang veineux dans la cavité thoracique et dilatation de veines œsophagiennes ; les voies d'écoulement du sang porte sont donc toutes tracées et, comme les veines bronchiques et les branches de l'azygos constituent des déversoirs bien insuffisants, la dilatation des veines œsophagiennes prises entre deux obstacles apparaît comme une lésion fatalement entretenue et aggravée par chaque mouvement inspiratoire ; pendant l'expiration, en effet, les difficultés de déplétion du plexus œsophagien restent les mêmes entre une circulation d'amont toujours engouée et une circulation d'aval où la pression se trouve accrue du fait de la rétraction de la cage thoracique.

IV

A quels signes reconnaître ou soupçonner, sur le vivant, la présence des varices œsophagiennes avant que l'apparition décisive de l'hématémèse vienne fournir un critérium tardif?

Dussaussay a tenté un peu prématurément un essai de symptomatologie, car il ne disposait que de quatre observations. Le tableau classique de la cirrhose hépatique se trouverait notablement modifié. D'après lui, la dilatation des veines cutanées abdominales rendue inutile par l'établissement des voies de compensation splanchniques, ne se manifeste pas. Pour la même raison, l'ascite manque le plus souvent ou est tardive ; l'œdème des jambes est modéré et fugitif. Quant à la cardialgie, à la dysphagie, ce sont encore là des symptômes suggérés par l'analyse physiologique, bien plutôt que déduits des données d'une observation rigoureuse. Il n'y a pas davantage à faire fond sur la constatation à la partie supérieure du tube digestif, de varices pharyngiennes, qui sont plutôt, avons-nous dit, l'apanage des varices séniles primitives.

Une observation très complète de Hans Bendz mentionne bien également l'absence de dilatation des veines abdominales cutanées, le défaut d'hé-

---

ondes, « qui repoussent la maladie, renferment toute espèce de remèdes, et donnent la « guérison ».

Telle est la thérapeutique indoue; en dehors des préceptes d'hygiène, elle constitue un fétichisme plutôt qu'un art véritable.

L'hygiène reçut une impulsion plus grande encore d'une autre civilisation : celle du peuple israélite et des lois de Moïse, « dont les préceptes hygiéniques sont encore appli- « qués de nos jours. Cette loi réglait l'alimentation, les soins de propreté, les soins « d'aération qui faisaient l'homme pur ou impur selon qu'il observait rigoureusement ces règles ou qu'il les négligeait. »

De la Palestine, le professeur passe en Egypte et, à travers les âges, nous rappelle « cette médecine sacerdotale qui se composait exclusivement de soins hygiéniques, et « dont les bains, la gymnastique, le massage, les exercices du corps faisaient presque « tous les frais », avec quelques purgatifs, toutefois. Cette médecine avait aussi sa législation, et des « décrets fixaient les époques où chacun de ces moyens devait être « appliqué ».

La période grecque fournit un autre exemple à M. Dujardin-Beaumetz : « Le peuple « de l'antiquité, qui devait pousser le plus loin ces applications médicales et en former « un ensemble complet, c'est le peuple grec. Il était poussé dans cette voie par cet « amour du beau sous toutes les formes, qui lui a permis de créer des chefs-d'œuvre « impérissables que nous n'avons encore pu égaler, et qui sont un objet d'admiration « pour les générations passées, présentes et futures,

©BIU Santé

morrhoïdes; mais on avait observé de l'anasarque, une ascite à répétition. Dans le cas de Hanot, les hémorrhoïdes sont notées ; dans celui de Leduc, l'ascite, considérable, se reproduisait avec rapidité; ascite volumineuse également dans le cas de Bristowe, où le foie aurait été trouvé normal (?), mais la rate extrêmement développée. Hans Bendz insiste de même cependant sur l'effacement des troubles apparents de la circulation porte, l'absence de signes positifs de dysdéglutition et de dilatation qui ont pu, à la vérité, passer inaperçus dans le concert bruyant des désordres gastro-intestinaux et des accidents immédiats propres à la maladie hépatique. On comprend que l'ascite, la dilatation des veines cutanées abdominales, les hémorrhoïdes, se montrent ou ne se montrent pas, selon que la dilatation des veines œsophagiennes ne suffit pas ou suffit à assurer la circulation compensatrice.

Le signe capital, c'est l'hémorrhagie se traduisant le plus souvent par d'abondantes hématémèses, mais pouvant donner lieu également à des selles sanglantes. Cette hémorrhagie, bien différente par son abondance et sa soudaineté de l'écoulement en nappe qui doit être rapportée à une diapédèse dyscrasique, peut même être le premier symptôme révélateur de la cirrhose hépatique, comme dans les cas de Heitler, de Fredrich Schilling. On pourra trouver un supplément d'information décisif dans la constatation, au milieu des masses noirâtres rendues par le malade, de caillots vermiculés représentant le moule évident d'un vaisseau, fait relevé par Eberth.

V

La rupture des varices œsophagiennes a lieu à la suite d'un effort, dont l'effet est de déterminer une surtension veineuse suivant le mécanisme déjà mentionné, pendant une indigestion, à la suite de l'ingestion d'aliments grossiers; on comprend également les dangers que peut entraîner un cathétérisme intempestif.

Ces hémorrhagies sont toujours graves, mais non pas nécessairement mortelles, comme on l'a écrit. Le malade de Le Diberder, le sujet d'une des

« Pour montrer l'union intime de la médecine et de l'hygiène, les Grecs firent, dans « leur poétique mythologie, Hygie, la déesse de la santé, la fille ou la femme d'Escu- « lape. D'ailleurs, l'élève du centaure Chiron n'avait à sa disposition que des moyens « hygiéniques, et les prêtres qui servaient ses autels à Cos et à Epidaure ne faisaient « que de l'hygiène thérapeutique.

« Ses temples, placés près du rivage de la mer dans les conditions les plus salubres, « entourés de bois sacrés, élevés dans le voisinage de sources thermales ou d'eaux vives, « offraient aux nombreux malades, qui accouraient pour y chercher la santé, toutes les « conditions hygiéniques désirables que nous recherchons de nos jours dans nos sanitaria. « Exposés sur les marches du temple, soumis à un régime alimentaire spécial, heureu- « sement influencés au point de vue moral par l'idée de la divinité présente, et par les « nombreuses plaques votives qui, accrochées aux murs du temple, montraient les « innombrables guérisons obtenues en ce lieu, les malades se trouvaient dans les « meilleures conditions pour guérir.

« Ces moyens hygiéniques étaient les seuls dont disposaient les Asclépiades; c'est à « peine s'ils ajoutaient à cet ensemble de moyens hygiéniques l'usage de quelques « simples, et en particulier celui de l'hellébore; l'hygiène thérapeutique, comme vous « le voyez, régnait ici en maîtresse absolue.

« Contemporain de Socrate et de toutes les illustrations du siècle de Périclès, Hippo- « crate (de Cos) a établi, le premier, les bases de la diététique dans les maladies, et « dans l'ensemble des livres hippocratiques il nous a laissé deux chapitres qui ont été,

plus anciennes observations connues, avait eu un premier vomissement de sang quinze ans avant le deuxième, dont il se relevait quand il était enlevé par une pneumonie. Dans un fait publié par la *Gazette des hôpitaux*, Empis n'avait pas hésité à attribuer à des varices de l'œsophage la cause d'une hémorrhagie gastrique dont le malade avait d'ailleurs guéri.

Il peut arriver que l'hématémèse manque et que les selles seules sont sanglantes; il n'est pas rare de rencontrer à l'autopsie, dans le tube digestif, une grande quantité de sang, dont l'origine œsophagienne ne saurait faire doute. En considération de ce fait, et en présence de la banalité et de l'insuffisauce des lésions de la muqueuse dans certains cas d'hémorrhagie intestinale rapportés à la discrasie sanguine et à l'augmentation de la pression dans les radicules portes : catarrhe intestinal, œdème, pigmentation, etc., Hans Bendz prétend rattacher à la rupture des veines œsophagiennes la totalité des hémorrhagies intestinales de la cirrhose. Il fait valoir que la réplétion des veines intestinales atteint bien plus rarement qu'on ne l'a admis un tel degré qu'elle puisse déterminer des hémorrhagies des vaisseaux capillaires; qu'on a vu les hémorrhagies survenir en pleine compensation, sans ascite, par exemple, c'est-à-dire sans augmentation de la pression des vaisseaux terminaux.

Cette opinion est excessive; il est difficile de ne pas voir dans les extravasats sanguins interstitiels de la muqueuse, des glandes lymphatiques signalés par maints observateurs, (Lancereaux, Leduc, etc.) le résultat d'hémorrhagies *in situ*.

Il est incontestable, néanmoins, que des autopsies plus attentives devront réduire de plus en plus la part des hémorrhagies gastro-intestinales primitives de la cirrhose. A ce jour, plus d'un clinicien de mérite pourrait encore renouveler l'aveu récemment échappé à Bamberger, que des malades atteints de cirrhose hépatique, qu'il a vus succomber à des hémorrhagies profuses, sans avoir trouvé à l'autopsie la moindre explication de la mort, ont du en réalité éprouver une rupture de varices œsophagiennes passées inaperçues dans la négligence de l'examen. En particulier les dif-

« pendant des siècles, le seul guide du médecin dans l'emploi des moyens hygiéniques « pour le traitement des maladies.

« Dans son livre consacré à l'étude des airs, des eaux et des lieux, pour montrer « l'importance qu'il attache à ce chapitre sur l'hygiène, Hippocrate commence par ces « mots : « Quiconque veut connaître la médecine à fond ne doit pas ignorer le sujet « dont je vais parler. »

« Mais c'est surtout dans le livre intitulé : *Le régime dans les maladies*, qu'Hippocrate « insiste sur l'hygiène thérapeutique. Il passe en revue les différents aliments; créateur « de la balnéation dans les maladies aiguës, il conseille de traiter les inflammations du « poumon par les bains tièdes.

« Les Romains prirent à la Grèce ses arts et ses médecins, et l'on a pu affirmer qu'il « n'existait pas de médecins romains. Presque tous étaient Grecs, et le plus grand « nombre avait été formé à l'École d'Alexandrie...

« Celse, dans son beau livre *De re medica*, consacre un long chapitre à l'hygiène :

« A la même époque, c'est-à-dire au premier siècle de notre ère, lors du règne d'Au- « guste, on voit apparaître les premiers vestiges d'une pratique hygiénique, qui, renou- « velée à notre époque, est une des armes les plus puissantes de l'hygiène thérapeu- « tique; je veux parler de l'emploi de l'eau froide dans le traitement des maladies « aiguës. C'est Antonius Musa qui appliqua le premier ce moyen et guérit par l'usage « de l'eau froide *intùs et extrà* l'empereur Auguste. Euphorbe, frère de Musa, continua « les mêmes pratiques; mais c'est Charmis (de Marseille), qui exerçait à Rome à la

©BIU Santé

férentes observations d'oblitération de la veine porte qui ont été publiées présentent à ce sujet une lacune impossible à combler.

Il appartient à l'avenir de préciser dans quelles proportions respectives ces accidents sont justiciables de l'une ou de l'autre étiologie, comme de fixer les traits encore indécis de la symptomatologie qui permettra d'en dénoncer l'éventualité sur le vivant. R. LONGUET.

L'Exposition d'hygiène urbaine.

Coup d'œil général sur l'Exposition. — L'œuvre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Les exhibitions administratives.

Si vous ne connaissez pas le bâtiment de la caserne Lobau, vous partagez encore l'ignorance dont je pouvais m'accuser il y a quelques heures à peine. Il y avait longtemps que, pour la première fois, j'avais aperçu la massive façade de cet édifice pseudo-militaire que notre Conseil municipal a dernièrement annexé à l'Hôtel de Ville; mais j'étais loin de prévoir la fin à laquelle il était destiné. C'est là que la ville de Paris donne un asile de quelques jours à l'intéressante exhibition qui porte le nom d'*Exposition d'hygiène urbaine*.

Singulière idée d'abriter une œuvre de science sanitaire dans une construction dont la salubrité ne passa jamais pour excellente! N'est-ce pas une antithèse de loger l'hygiène dans un local si peu hygiénique? Il y avait, paraît-il, nécessité de le faire. En tous cas, notre édilité parisienne réalise ce que l'Administration supérieure n'a pas fait en donnant l'hospitalité à une œuvre nationale que l'Etat, ce me semble, aurait dû recevoir dans un bâtiment mieux disposé et plus solennel. Il faut donc rendre hommage aux administrateurs de la ville de Paris qui protègent cette œuvre autant qu'à ses organisateurs, et surtout à la Société de médecine publique, sa première et sa véritable inspiratrice.

Entrons dans ce bâtiment morose. Malgré les efforts du comité de l'Exposition, il conserve trop son aspect de caserne. Nous voici dans la cour et sous les arcades qui l'environnent.

La préfecture de police et l'honorable chef de la 2e division, M. Besançon, y ont réuni le matériel d'hygiène de la police parisienne, des appareils désinfecteurs, des engins de

---

« même époque, qui poussa le plus loin la méthode des bains froids appliqués à la « cure des maladies, et Pline nous fait connaître que les vieux sénateurs romains, « dociles aux ordonnances de Charmis, se laissaient saisir par le froid dans les bains « ordonnés par ce médecin.

« Puis arrive Galien, qui devait résumer toute la pratique médicale de l'antiquité et « servir de code aux générations qui allaient suivre. Dans son œuvre, il n'oublie pas « l'hygiène thérapeutique, et dans son célèbre chapitre *de Sanitate tuendâ*, il montre « l'influence de la qualité des aliments, de l'exercice et du repos, de la veille et du « sommeil sur la marche des maladies. Seulement ces préceptes hygiéniques sont noyés « au milieu d'un empirisme doctrinal qui en diminue considérablement la valeur.

« A partir de ce moment, que l'on peut considérer comme l'apogée de la médecine « grecque, tout va en déclinant et une nuit profonde se fait sur tout ce qui a trait à la « médecine. Les barbares envahissent l'Italie et le monde entier ; la religion qui va con- « duire les peuples modernes vers une nouvelle civilisation, le christianisme, dirigera « la médecine vers des voies nouvelles en abandonnant tout ce qui a trait à l'hygiène.

« Les peuples de l'antiquité, admirateurs de la beauté physique, devaient mettre en « usage tous les moyens hygiéniques qui permettaient d'atteindre cette perfection du « corps, et leur idéal philosophique, religieux et social se résumait dans la formule sui- « vante : l'âme d'un sage dans le corps d'un athlète.

« S'adressant au contraire exclusivement à l'âme, le christianisme, dans son mysti- « cisme fervent, devait repousser tous les soins qui s'appliquent au corps, cette enve-

secours, et ces voitures de transport qui, sur les conseils de M. Dujardin-Beaumetz, ont été adoptées pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses.

Ici, le ministère du commerce expose le pavillon de désinfection des lazarets; une étuve et un appareil à désinfection par jets de vapeur. Dans ce coin, tout est à la désinfection, et la cour de cette caserne ressemble à une sorte de parc sanitaire consacré anx gros armements de l'hygiène urbaine dans la guerre offensive contre le microbe. Mais tout l'arsenal n'est pas là; une partie se trouve ailleurs, dans les salles de l'Exposition. Pourquoi cet éloignement d'autres objets d'un usage analogue? C'est qu'ils appartiennent à des administrations différentes. Cette exhibition remarquable est donc aussi l'image fidèle de notre organisation sanitaire, où l'unité d'action fait défaut. On l'a répété bien souvent et on le répétera longtemps encore, la défense de la santé publique se partage entre des fonctionnaires et des pouvoirs publics si divers qu'elle semble n'appartenir à personne.

Plus loin, les habiles ingénieurs de la direction des travaux de Paris exposent les modèles de leurs travaux sanitaires, entre autres celui d'un réservoir de chasse pour le lavage des égouts.

Tout auprès se trouve la plomberie sanitaire, tuyaux et siphons, cuvettes, urinoirs, water-closets, égouts sous-trottoirs et, *gaudeamus*, *amici*, des égouts inodores! Ne nous réjouissons pas trop : cet égout pourrait bien rester longtemps à l'état de modèle et ne donner satisfaction qu'à nos arrière-neveux.

Au rez-de-chaussée, les hôpitaux ont envoyé les appareils à désinfection adoptés par l'Assistance publique. Mais, de toutes ces exhibitions, la plus magnifique, parce qu'elle exprime des résultats acquis, est celle du service de l'assainissement de la Seine, qui donne un aperçu de l'œuvre immense de M. Durand-Claye et de ses collaborateurs, tant à Paris qu'à Gennevilliers.

Montons au premier étage : la ville de Paris y a placé un matériel scolaire dont le luxe et les perfectionnements sont bien connus des contribuables et des rapporteurs du budget annuel des dépenses. Il ne faut pas trop juger sur les apparences, car ces magnifiques installations sont loin d'exister dans toutes les écoles communales de la ville.

Près de là se trouvent les agencements de quelques institutions libres : ceux des classes pour les enfants épileptiques et idiots de Bicêtre; puis l'exposition particulière du laboratoire municipal d'hygiène et du laboratoire de M. Pasteur : cages à chien, cages à lapin, cages à cobaye, spécimens de moelles rabiques, tout s'y trouve; jusqu'à une lapi-

---

« loppe charnelle de l'âme, les considérant comme inutiles et superflus. Ces tendances « furent si tenaces et si profondes, que nous voyons encore aujourd'hui des corporations religieuses pousser aussi loin qu'il est possible de l'imaginer, le mépris des « soins les plus élémentaires de l'hygiène. »

Héritiers de la tradition de Galien, les Arabistes laissaient de côté l'hygiène thérapeutique, et M. Dujardin-Beaumetz nous transporte en l'an 1100 pour nous faire assister, dans un tableau mouvementé, aux tentatives de l'Ecole de Salerne.

« Cette Ecole constituait un mélange assez étrange d'ecclésiastiques, de médecins et « de femmes-médecins, dont l'histoire a gardé les noms, et parmi lesquelles il faut citer « Frotulla, Abdalla, Mercuriade. Mais, ce qui a fait surtout la réputation de cette Ecole, « c'est l'ouvrage en vers léonins auquel on a donné divers noms; que les uns ont « appelé *Régime de santé de Salerne*; les autres, *Fleurs de la médecine;* les autres, enfin, « *Médecine de Salerne.*

« Ses préceptes sont tous des préceptes hygiéniques. De nombreuses traductions ont « été faites de cette école de Salerne : la plus curieuse, à coup sûr, est celle que je « vous présente, et qui a été donnée, en 1661, par un médecin de Saint-Germain-en-« Laye, Dufour de la Crespelière. Comme l'original, cette traduction est en vers.

« Notre confrère était un joyeux rabelaisien, et l'on peut appliquer à sa traduction « l'épithète moderne de *naturaliste*. Pour en juger, vous n'avez qu'à parcourir les vers « qu'il consacre à l'inconvénient de la rétention des gaz dans l'intestin, et il termine « ainsi ses commentaires :

BIU Santé

nerie modèle, de nature, ce me semble, à rassurer les antivivisectionistes les plus obstinément dévoués à la protection de ces rongeurs.

Ce laboratoire ne se rattache guère, sans doute, à l'hygiène urbaine et figurerait mieux dans une exposition du matériel de la biologie et de la physiologie expérimentales. Nous avons entendu formuler cette objection, qui heureusement n'a pas arrêté les organisteurs de l'Exposition, car les grandes découvertes de M. Pasteur méritaient bien cet honneur exceptionnel.

Dans les salles avoisinantes, les architectes nous montrent à l'envi des plans de casernes, d'hôpitaux, d'écoles, de collèges, et, à côté de ces derniers établissements de l'enfance et de la jeunesse, des fours crématoires. Ajoutons que, dans cette partie de l'Exposition, quelques villes, Pau, le Havre, Nancy et Bruxelles, se sont fait représenter. C'est fort peu sur le nombre total relativement élevé des 200 exposants.

En quittant la caserne Lobau, terminons cette promenade par l'annexe extérieure où on a édifié un mur modèle, ainsi que des hôpitaux et des ambulances de sept systèmes différents.

L'Exposition d'hygiène urbaine mérite mieux qu'un aperçu à vol d'oiseau. En la préparant, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a rendu un nouveau service au pays et à la science; en l'organisant, MM. Napias, Martin, Neumann et Philbert ont su éviter l'inconvénient habituel aux entreprises de ce genre, à savoir l'exhibition de produits et d'appareils se rattachant à l'hygiène par leur nom seulement. Aussi quittons-nous avec regret la caserne Lobau et avec la ferme intention d'y revenir.

Ch. Eloy.

CORRESPONDANCE

*A Monsieur Ch. E..., rédacteur de l'*Union médicale.

Monsieur,

Je viens de lire votre article « Intérêts professionnels » dans l'*Union médicale*, n° du 1er mai 1886, page 700. Vous deviez certes supposer, en le signant, qu'il ne resterait pas sans réponse ; aussi bien je ne déteste pas la discussion et je saisis une bonne fois l'occasion que vous m'offrez de dire tout ce que je pense à ceux qui emploient les mêmes procédés de controverse que vous.

C'est pourquoi tout bon médecin
Veut que le malade ait soin,
Fasse canonner son derrière
Pour mettre hors cette matière.

« Et, plus haut, il résume son opinion dans les deux vers magistraux que voici :

Et péter magnifiquement
Peut faire vivre longuement.

Malgré les efforts de Mercurialis, de Cornaro et de Sanctorius, la thérapeutique fut dominée par les idées chémiatriques et iatro-mécaniciennes. On appliqua dans toute sa sévérité l'aphorisme : « Aux grands maux les grands remèdes. » Ici, M. Dujardin-Beaumetz rappelle le journal « si curieux de la santé du roi Louis XIV, tenu, de 1647 à 1771, « par les trois premiers médecins de Sa Majesté : Vallot, Daguin et Fagon, » et la quantité innombrable de « purgations, de lavements, de saignées, de drogues que l'on faisait « supporter » à ce royal malade. « C'est la justification la plus complète de la critique « de Molière, et les comptes de l'apothicaire Fleurant sont peu de chose en compa- « raison de la pratique médicale extravagante qui présidait alors à la santé de nos « rois. »

D'Angleterre vinrent enfin les premières tentatives contre l'abus des drogues. Sydenham prépara cette réforme « en ramenant les esprits à l'observation et à l'expérience, « et en montrant l'influence des constitutions atmosphériques sur la production des

« *L'Université*, dites-vous en première ligne « *serait bien inspirée en ouvrant à la Faculté une chaire d'économie médicale* » ; je suis absolument de votre avis, et je regrette que cette création n'ait pas été faite il y a quelques lustres. Je n'aurais pas reçu, depuis quatre ou cinq ans, bon nombre de lettres qui me prouvent d'une façon indubitable que beaucoup de médecins n'entendent rien aux chiffres et s'imaginent volontiers qu'il suffit de quelques sous de cotisation annuelle pour leur garantir secours et assurances contre tous les accidents de la vie commune, contre toutes les mauvaises chances de la profession.

Mais à côté de cette chaire d'économie médicale, il en est une à mon sens beaucoup plus nécessaire, celle de déontologie médicale. Si on la crée jamais — ce que je n'ose espérer — je vous recommande fort de suivre le cours, ainsi que M. Damourette, et de ne pas manquer en particulier la leçon que fera certainement le professeur sur ce sujet « Rapports entre confrères ; droits, devoirs et convenances ». Vous y apprendrez l'un et l'autre qu'il n'est pas permis de dire à un confrère qu'il fait à ses camarades des « *promesses mensongères* (1) » et qu'il s'est mis à la tête d'une « *entreprise* » contre laquelle doit prémunir « *la prudence la moins craintive* », ou bien, quand on écrit de semblables choses, on les prouve et on n'emploie pas vis-à-vis de son adversaire des procédés de discussion inadmissibles entre gens qui se respectent.

Vous répétez après M. Damourette et en le soulignant :

« Les statuts (de la Caisse des pensions) ont grand soin de spécifier *qu'ils ne garantissent pas le paiement* DES RENTES ASSURÉES ».

Or les statuts disent, page 14, art. 22, paragr. 2 : « A partir de 1894 les recettes indiquées dans le bilan du 31 décembre précédent, déduction faite des retenues prévues par les articles 17 et 30 et des frais d'administration, seront partagées chaque année entre les ayants droit à la pension. »

Et page 15, art. 23, paragr. 1 :

(1) M. Damourette avait écrit dans sa brochure, parlant aux fondateurs de la Caisse des pensions de retraite : « A quoi tient cette disproportion ? *Aux promesses mensongères de votre point de départ* qui vous a séduits tous par sa simplicité, etc. » M. Eloy a écrit dans son article du 1er mai (p. 701) : « Il la trouve (la cause de cette disproportion) dans ce qu'il appelle sévèrement « *les promesses mensongères du point de départ*, etc. ». Nous demandons au lecteur si cela veut dire : « Vous faites à vos camarades des promesses mensongères » ? (L.-G. R.)

« épidémies ». Ce fut surtout Gédéon Harvey, descendant du célèbre William Harvey, qui, dans sa haine « contre les médecines extravagantes dont on abreuvait les malades, « proposa hardiment qu'on substituât l'art culinaire à l'art pharmaceutique dans le « traitement des maladies.

« Ces idées furent soutenues en Allemagne, au XVIIIe siècle, par Stahl, qui, suivant les « doctrines professées par Sydenham et Gédéon Harvey, soutint qu'un grand nombre « de maladies évoluant normalement vers la guérison, les seuls soins de l'hygiène suffi- « saient à les guérir; et dans un ouvrage daté de 1730, ayant pour titre : *L'art de guérir « par l'expectation*, il exposa sa manière de voir à cet égard.

« En France, ce fut surtout un médecin des jansénistes, Cheyne, doyen de la Faculté, « qui adopta les idées de Gédéon Harvey et de Sydenham. Il combattit surtout les excès « de nourriture et s'efforça de montrer que la plupart des maladies dépendaient d'in- « fraction au régime alimentaire. Aussi recommande-t-il la diète sévère, le régime « végétal et le lait, et il publie, en 1724, un traité d'hygiène appliquée à la thérapeu- « tique, qui avait pour titre : *De infirmorum sanitate tuenda, vitâque producendâ.* »

M. Dujardin-Beaumetz s'arrête au seuil du XIXe siècle, et salue de sa parole vibrante les noms de Ribes et de Fonssagrives (de Montpellier). Il rappelle l'œuvre considérable du professeur Bouchardat et adopte les paroles de ce maître regretté, paroles qu'on aurait tort d'interpréter comme la condamnation de la thérapeutique, quand elles sont seulement l'expression d'une sage expérience clinique. « J'ai eu, écrivait Bouchardat, « deux phases distinctes dans ma vie thérapeutique : j'ai consacré une partie de ma

©BIU Santé

« La pension ne pourra pour le moment dépasser le chiffre maximum de 1,200 francs. »

C'est dans des notes, à la suite des statuts, notes destinées à expliquer leur fonctionnement et à démontrer que les calculs sont établis sur des données positives que je dis : (page 20).

« Dans tout ce qui précède, il est toujours question de la retraite type de 1,200 francs, mais il est bien entendu que cette retraite n'est pas assurée. D'après les calculs, elle sera certainement obtenue puisqu'il a été jugé indispensable de bien préciser dans les statuts que ce *chiffre* serait un *maximum*, mais il a paru en même temps prudent aux fondateurs de la Caisse de ne rien garantir afin de ne pas se trouver dans la nécessité de toucher au capital inaliénable pour servir les pensions. »

Saisissez-vous la différence ?

Vous prétendez que *nous ne garantissons pas le* PAYEMENT DES RENTES ASSURÉES ; tandis qu'en réalité : La caisse *ne garantit pas le* CHIFFRE, LA QUOTITÉ DE LA PENSION, tout en faisant suivre cette restriction de la démonstration mathématique que le chiffre type de 1,200 francs sera dépassé et cela d'une façon tellement positive que *statutairement* ce chiffre est pour le moment établi comme un *maximum*.

Il y a une nuance, ce me semble, entre vos imputations et nos affirmations : celle qui existe entre le blanc et le noir, le vrai et le faux, la critique loyale et l'attaque calomnieuse.

Avouez que nous n'avez pas lu nos statuts? Vous en parlez par ouï-dire, ou pour en avoir rencontré des analyses malveillantes. Le souci de votre dignité d'écrivain, la juste appréciation de l'autorité du journal dans lequel vous écrivez et de l'importance du sujet auraient dû vous faire faire un examen plus sérieux de la question. Vous n'auriez pas alors tenté de dénoncer au public médical les fondateurs, les directeurs et les administrateurs de la Caisse des pensions dont la liste se trouve à la première page des statuts, et au nombre desquels se rencontrent quelques-uns de vos amis et de vos maîtres.

Quant à la discussion des chiffres que m'oppose M. Damourette, vous recevrez sous peu la réponse que j'adresserai à ce confrère, qui a repris et réédité un certain nombre des objections qui m'ont été faites et que j'ai déjà bien souvent réfutées pendant notre période d'organisation. Vous vous rendrez facilement compte de ce qu'il en reste, si vous voulez bien honorer ma réponse d'un examen plus attentif que celui que vous avez accordé à nos statuts.

En réfléchissant que l'Association générale des médecins de France, je veux dire son

---

« jeunesse à la thérapeutique pharmaceutique et mon âge mûr aux recherches origi-
« nales de thérapeutique hygiénique. En avançant dans la vie, les jeunes médecins
« verront comme moi que la pharmaceutique ne tient pas toutes ses promesses, et ils
« reviendront bien souvent à l'emploi sagement dirigé des modificateurs hygiéniques. »

Cette première leçon fait juger la sagesse de l'enseignement de M. Dujardin-Beaumetz. L'auditeur écoute, se laisse convaincre, et applaudit chaleureusement un orateur qui toujours sait rendre la science aimable. — Ch. ELOY.

TRAITEMENT DES PLAQUES MUQUEUSES. — Rollet et Chambard.

Les plaques muqueuses, qui ont leur siège à la vulve et à l'anus, sont lavées avec la liqueur de Labarraque, puis saupoudrées avec un mélange à parties égales de poudre de talc et de calomel, et lorsqu'elles montrent de la tendance à végéter, on les cautérise au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent. Quant aux plaques qui se développent sur la muqueuse bucco-pharyngienne, on les guérit assez rapidement à l'aide de cautérisations au crayon de nitrate d'argent, répétées deux ou trois fois par semaine, ou bien en les touchant avec un pinceau fin, imbibé de nitrate acide de mercure et soigneusement exprimé. On recommande au malade les soins de propreté les plus minutieux, et on lui interdit absolument l'usage du tabac. — N. G.

Conseil général, s'est toujours obstinément refusée à sortir de son rôle strict de Société de secours mutuels, vous auriez aussi aisément compris qu'à côté d'elle, et non pas « *hors* » d'elle, comme vous le dites, « *certains membres de la profession aient convié leurs confrères à faire avec eux ce que l'Association ne faisait pas* ». Si « *leur prétention n'était pas mince* », ils y étaient « *poussés par d'autres motifs que l'instinct d'imitation* »; — j'en conviens, — c'est par l'instinct plus élevé du perfectionnement et du progrès.

Il est fâcheux que l'Association ait méconnu ce mouvement de solidarité professionnelle que vous nommez improprement socialisme médical; elle aurait dû se mettre à sa tête et le diriger. Lisez nos annuaires et vous verrez où en était, il y a trois ans seulement, et où en est aujourd'hui l'Association générale vis-à-vis des syndicats médicaux.

Il en sera de même pour toutes les œuvres qui se proposeront l'amélioration du sort des membres de notre profession, toujours faite de dévouements et de sacrifices, et si souvent récompensée par des déboires.

Pour la Caisse des pensions en particulier, la séance qu'ont tenue ce matin même ses adhérents les aurait tôt rassurés, s'il eût été besoin, sur l'avenir de leur œuvre. La situation est telle qu'ils ne demandent qu'une chose : se faire connaître, se répandre, attirer à eux le plus grand nombre possible de confrères, car ils ont confiance absolue dans l'avenir. Aussi font-ils appel à tout le public médical et ils ne *s'étonneront pas si la critique s'arrête à leurs statuts.* — Vous ne vous y êtes pas arrêté longtemps!... pas vrai? — *Ils ne s'en prendront à personne de cette attention;* bien plus, ils remercieront ceux qui la leur accorderont. Mais, pour vous retourner une de vos phrases, la seule critique médicale qu'ils sollicitent est celle de tous les honnêtes gens.

En terminant, il me vient une idée : Vous n'avez pas lu nos statuts! Je vous en offre un exemplaire. Vous seriez impardonnable, à l'avenir, d'en parler aussi légèrement.

Je vous présente mes sincères salutations.

2 mai 1886. Dr Lande.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 mai 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

Séance d'élection purement et simplement, après la lecture d'une invitation adressée par l'Université d'Heidelberg qui se prépare à célébrer, au mois de juin prochain, son 500e anniversaire ; (elle date de 1386).

M. Mascard fait une courte communication à propos du halo solaire qui a été observé le lundi 3 mai.

M. Pasteur dépose sur le bureau une note de M. Duclaux sur le développement de l'acide butyrique.

M. Faye rend compte des phénomènes volcaniques qui se sont récemment produits au niveau de l'île Julia, cette île qui avait émergé en 1831 et qui a disparu depuis.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre titulaire dans la section de botanique en remplacement de M. Tulasne. La section, par l'organe de son doyen, M. Duchartre, présentait la liste suivante de candidats : en première ligne, M. Bornet ; en deuxième ligne, M. Prillieux ; en troisième ligne, par ordre alphabétique, *ex æquo*, MM. Bureau, Max. Cornu, de Seynes.

Sur 56 votants, M. Bornet obtient 36 suffrages ; M. Bureau, 10 ; M. Prillieux, 6 ; M. Max. Cornu, 2 ; M. de Seynes, 1. Il y a 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Bornet est déclaré élu.

— A quatre heures dix minutes, rien n'étant plus à l'ordre du jour, et personne ne demandant la parole, l'Académie se forme en comité secret.

Dans la précédente séance, M. Baeyer (de Berlin), avait été nommé correspondant

©BIU Santé

pour la section de chimie en remplacement de M. Dessaignes. Sur 47 votants, 41 voix ont été données à M. Baeyer, contre 4 à M. Roscoe, 1 à M. Grache, et 1 à M. Kekulé.

MM. Nocard et Mollereau avaient adressé pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire intitulé : Etudes expérimentales et cliniques sur la mammite contagieuse des vaches laitières.

Enfin, M. Chatin avait présenté, au nom de M. Th. Defresne, une note intitulée : « Suc pancréatique après son arrivée dans la circulation par la voie stomacale. »

M. L.

COURRIER

Académie de médecine. — M. Lacaze-Duthiers est placé en tête de la liste des candidats au titre de membre associé libre. Nous apprenons que, cette candidature ne rencontrant et ne pouvant rencontrer que des sympathies, les autres compétiteurs l'ont accueillie comme l'Académie elle-même et ont résolu de s'effacer devant elle.

— MM. les docteurs Laval, membre de l'Académie de Vaucluse, et Parant, secrétaire de la Société de géographie de Toulouse, sont nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur Jarjavay est nommé chirurgien adjoint au Collège Rollin (emploi nouveau).

— M. le docteur Ragout est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Langres.

— L'assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français s'est réunie le dimanche 2 mai, dans les salons du Grand Véfour, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz, assisté de MM. H. Huchard, vice-président; Delefosse, secrétaire; Barat-Dulaurier, membres du Comité-directeur; Cézilly, président du Comité des censeurs; de Ranse, Monin, Margueritte, Le Gendre, Bardy, Landur, Baronnet, etc., membres du Comité des censeurs.

Le rapport du docteur Lande, le zélé fondateur de cette utile institution de prévoyance, et surtout le rapport annuel du trésorier, M. Verdalle, ont été vigoureusement applaudis.

La situation de la Caisse des pensions est très prospère, puisqu'elle possède la somme respectable de 91,931 fr. 41 c., après moins de deux ans de fonctionnement effectif, ainsi qu'en fait foi le bilan suivant arrêté au 24 avril 1886 :

Recettes.

Cotisations	86.629 20	
Dons à la Caisse des pensions	1.400 »	
— — auxilliaire	550 »	
Profits et pertes	303 11	
Intérêts des valeurs	3.049 10	
Total des recettes		91.931 41

Emploi.

Portefeuille	87.212 15	
Frais généraux	2.967 98	
Reste en caisse du trésorier le 24 avril 1886	1.751 28	
Total égal		91.931 41

MÉDECIN-DIRECTEUR **de confortable maison de santé désirerait s'associer à un docteur exerçant à Paris. Peu ou point de capitaux.** — *S'adresser à M. Lavoisier, 21, rue de la Monnaie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — III. Courrier.

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

VINGT-SEPTIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Tenue a Paris, les 2 et 3 mai 1886, sous la présidence de M. Henri Roger.

M. le président Larrey donne la parole à M. Bergeron, membre du Conseil général, pour la lecture du rapport de la commission du recensement des votes relatifs à l'élection du Président de l'Association générale des médecins de France.

Messieurs,

L'article 9 des statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, limite à cinq ans la durée des fonctions du Président. Or, de par cet article, les pouvoirs présidentiels de M. Roger expirent cette année, et par une circulaire, en date du 12 janvier dernier, toutes les Sociétés locales ont été invitées à se réunir le 18 mars, chacune au siège ordinaire de ses séances, pour procéder à l'élection du Président.

La commission désignée au mois de février par le Conseil général pour opérer le recensement des votes, a bien voulu me nommer son rapporteur et j'ai accepté avec empressement cette honorable mission, bien certain d'avance qu'elle me réservait, à la fin, une très grande joie.

C'est au nom de cette commission que je viens aujourd'hui vous faire connaître le résultat des votes de 91 sociétés dont les procès-verbaux constituent le dossier de la présente élection.

Les votes des Sociétés de Meaux, de Constantine et de la Drôme sont les seuls qui ne nous soient pas parvenus.

Une opération de recensement des votes est parfois, à ce qu'il paraît, une tâche malaisée et quelques hauts fonctionnaires s'en seraient aperçus, dit-on, à l'occasion d'élections récentes. Mais, dans ces élections, le nombre des candidats était si considérable que des lenteurs et même quelques erreurs étaient inévitables.

Rien de semblable dans l'opération qui nous était confiée ; il n'y avait qu'un seul candidat, et ce candidat n'avait pas même eu la peine de se présenter, car il était porté par l'opinion générale, mieux que cela, par la reconnaissance et les vœux du corps médical français.

C'est qu'en effet, en vertu d'une autre disposition de nos statuts, le président sortant est indéfiniment rééligible, et, pour la seconde fois, nous sommes amenés à reconnaître combien cette disposition est sage, puisqu'elle nous permet de maintenir encore dans ses fonctions, et nous espérons bien que ce n'est pas pour la dernière fois, le confrère qui nous a donné tant et de si précieux gages de son dévouement à notre œuvre.

Etant donné le nombre des sociétaires, on peut s'étonner que 3,188 aient seuls pris part au vote, surtout avec la facilité, très sagement accordée à tout membre qui se trouve empêché, d'envoyer par la poste son bulletin

©BIU Santé

sous pli cacheté. Mais, lorsqu'on constate que sur les 851 sociétaires de Paris, 161 seulement se sont donné la peine de porter ou de faire parvenir leur bulletin au secrétariat, on comprend sans peine l'abstention de bon nombre de nos confrères de province, auxquels les difficultés de le médecine rurale créent chaque jour des empêchements dont ne peuvent arguer les médecins de Paris pour expliquer leur oubli.

Mais point n'est besoin de chercher la cause de ces abstentions, en dehors de celle qui se présente tout naturellement à l'esprit, à savoir que, si tant de confrères se sont abstenus, c'est qu'ils étaient tous convaincus de l'inutilité de leur vote pour assurer la réélection de celui dont il me reste à proclamer le succès.

Sur les 3,188 suffrages exprimés, M. H. Roger en a obtenu 3,167, autant vaut dire l'unanimité, car les 7 voix que se sont partagées, en nombre égal, MM. Ricord, Larrey, Vulpian, Brouardel, Lannelongue, de Ranse et Césilly, et enfin les deux voix qu'à sa grande surprise, M. Martineau a trouvées à son nom dans le procès-verbal d'une société locale, ces 9 voix, dis-je, ne sont que des témoignages, assurément fort honorables, mais isolés, de respect, d'estime ou d'affection, donnés à des maîtres ou à des amis et ne diminuent en rien l'éclat du triomphe de M. Roger.

Les seuls points noirs, ou au moins obscurs de ce scrutin, sont les 11 bulletins blancs qui figurent dans divers procès-verbaux.

La Commission de recensement n'a pas saisi de suite la signification de ces bulletins, dont 5 ont été recueillis dans une seule Société, et 4 dans une autre; quant aux deux derniers, ils ont été envoyés par deux Sociétés distinctes.

Nous nous sommes demandé d'abord si quelques confrères ne s'étaient pas lassés d'entendre appeler Roger le bienfaisant, Roger le généreux, comme cet Athénien qui voulait frapper Aristide d'ostracisme, parce qu'il était las d'entendre appeler ce grand citoyen Aristide le juste.

Mais tant d'Athéniens jaloux..... non, tant de confrères à l'esprit chagrin, dans deux départements, cela n'était guère vraisemblable, et, en fin de compte, la Commission a pensé que ces bulletins étaient, tout simplement, une protestation discrète, non pas, à coup sûr, contre la réélection de notre honorable Président, mais contre les tendances et les décisions du Conseil général dont M. Roger est la plus haute personnification, au sujet de plusieurs questions soulevées par quelques Sociétés locales et résolues, par deux d'entre elles en particulier, dans un sens tout opposé à celui qu'a adopté le Conseil général.

Qu'importe, au reste, Messieurs, le fait qui domine dans le scrutin du 18 mars, c'est la volonté formellement exprimée par la presque unanimité des membres de l'Association de maintenir notre éminent confrère dans des fonctions qu'il remplit, depuis dix ans, avec un dévouement, une sollicitude incomparables, auxquels il ajoute, par surcroît, une inépuisable générosité; et ce qui rend ce scrutin, je ne dirai pas seulement flatteur, mais véritablement touchant, ce sont les termes dans lesquels les présidents ou les secrétaires du plus grand nombre des Sociétés font part du résultat. C'est avec l'expression d'un vif sentiment de joie et de gratitude qu'ils annoncent, les uns, et c'est le plus grand nombre, que M. Roger a réuni l'unanimité des suffrages; les autres, qu'il a été renommé par acclamation; d'autres, enfin, qu'il a été proclamé président à vie; bref,

c'est un concert unanime de félicitations, récompense légitime des services rendus à l'œuvre par notre Président.

Je disais plus haut qu'en acceptant la mission de proclamer, dans cette séance solennelle, le résultat du scrutin, j'étais certain d'avance qu'elle me réservait une grande joie. C'en est une bien grande, en effet, pour moi, que lie à M. Roger une constante et réciproque amitié de près de quarante ans, d'être chargé d'annoncer que notre cher et éminent confrère a obtenu cet honneur bien mérité, le plus grand auquel puisse aspirer un membre de notre corporation, d'être élevé par ses confrères à la présidence de l'Association générale, c'est-à-dire de recevoir de ses pairs le plus éclatant témoignage de confiance, d'estime et d'affection.

Au nom de la Commission de recensement, j'ai l'honneur de proclamer M. H. Roger, Président de l'Association générale des médecins de France pour la période quinquennale de 1886 à 1890.

Après la lecture de ce rapport, accueilli par les applaudissements unanimes et répétés de l'assemblée, M. le vice-président Larrey prie M. Henri Roger de prendre le fauteuil de la présidence.

M. le Président prononce le discours suivant :

Messieurs,

Votre Président réélu ne doit pas, même en un jour qui est pour lui comme une fête, manquer à la coutume salutaire de raviver, dans les solennités annuelles de l'Association, le souvenir des chers morts : permettez donc que, contenant l'impatience de ma gratitude, j'adresse mes premières paroles à la mémoire de Lunier.

Des amis, des collègues autorisés, et parmi eux notre secrétaire général M. Foville, ont dignement loué l'éminent aliéniste, à la fois clinicien et organisateur, qui consacra plus de quarante années à l'étude des maladies mentales, à l'amélioration matérielle et morale des déshérités de la raison, et qui fut le principal inspirateur de la législation nouvelle sur les aliénés; — le philanthrope, qui écrivit d'importants ouvrages sur la réforme pénitentiaire, sur l'assistance aux enfants abandonnés; — l'hygiéniste, qui étudia surtout, pour le combattre, le fléau de l'alcoolisme; qui en montra l'influence sur la folie, le suicide et sur la criminalité, et enfin qui fut le promoteur de la *Société française de tempérance* dont il resta le secrétaire général jusqu'au dernier jour. Dans cette lutte sans relâche contre l'alcoolisme, il y avait, comme l'a dit Dumas, autant de patriotisme pratique que d'amour de l'humanité.

A ces louanges, je n'ajouterai rien, sinon que ces mérites multiples, Lunier les déployait partout, et que notre fédération en a largement profité. Il fut un de nos plus actifs collaborateurs : par son zèle ardent et constant, par sa vive intelligence, par son talent comme par la dignité et l'aménité de son caractère, il fut, pour le Conseil et pour l'Association, un honneur, un charme, et, dans les temps difficiles, une défense; c'est presque à lui seul qu'est dû le projet de loi sur l'exercice de la médecine qui fut discuté et approuvé dans notre Assemblée générale de 1885.

Ainsi Lunier traversa noblement la vie, dévoué à la science, à la vérité, au bien.

Glorieuse et fortunée est ma dixième année présidentielle : deux hon-

©BIU Santé

neurs insignes m'y sont advenus, la croix de commandeur et une seconde réélection à la Présidence. La décoration, je la dois surtout au titre de Président de la plus importante des Sociétés de secours mutuels; je la dois plus encore à l'affection de mes co-sociétaires : car (j'ai plaisir à le rappeler ici), c'est mon cher collègue M. Dufay, un des plus zélés défenseurs des intérêts professionnels dans le Sénat, qui, *proprio motu*, en a présenté la demande à M. le ministre de l'intérieur, avec apostille de vingt-deux sénateurs ou députés nos confrères et au nom de huit mille médecins; il l'a si vite obtenue qu'il a pu m'en faire la très agréable surprise.

Quant à ma réélection, je m'y attendais un peu, je l'avoue; mais, par le nombre toujours croissant de mes électeurs qui a dépassé trois mille, et par l'unanimité des suffrages dans presque toutes les Sociétés locales, elle m'a semblé honorable et douce au delà de mes espérances.

Les dignités que vous venez de m'octroyer, ce sont mes meilleures récompenses. Lorsqu'en 1876 vous me nommiez pour la première fois chef de l'Association, j'ai compris que la tâche demandait un dévouement de toute la vie : je vous le promis dès lors; au renouvellement d'une présidence qui a duré déjà plus que celles de Rayer et de Tardieu, mes inimitables prédécesseurs, je vous le promets encore, et j'ai le très vif désir de vieillir longuement dans l'accomplissement de cette promesse.

Merci et plus de trois mille fois merci aux électeurs fidèles qui m'ont honoré de leurs suffrages persévérants. Merci à M. Bergeron, mon très bienveillant rapporteur, qui a su mettre de la grâce et de la cordialité dans un procès-verbal. Merci, mes chers confrères, de votre admirable accueil, hier, aujourd'hui, partout et toujours. Vos applaudissements, qui charment mes oreilles, éveillent dans mon cœur les sentiments d'une reconnaissance qui est à l'égal de vos bontés et qui demeurera comme elles.

Si les intérêts de l'Association ont été bien gérés pendant ces cinq dernières années, le mérite en revient à mes collaborateurs, c'est-à-dire aux membres du bureau et du Conseil général. Vous aurez à procéder à un renouvellement total ou partiel : vous les connaissez de longue date, ces ouvriers de la première heure, et vous avez apprécié leurs capacités, ainsi que leur générosité. Je pense que, loin de songer à épurer ce personnel éprouvé de notre république familiale, vous vous empresserez de le maintenir en fonctions et d'utiliser pendant une autre période quinquennale ses bons et loyaux services.

La plus haute personnalité de la chirurgie française, M. le professeur Gosselin, a été, pendant plus de dix ans, membre du Conseil et Président de la Société centrale; il a grandement servi l'Association qu'il parait en même temps de sa gloire. Il a droit à une récompense : celle qu'il estimerait le plus est la place de Vice-Président d'honneur, vacante depuis la mort de son illustre maître et ami Jules Cloquet : nous vous proposerons d'aller au-devant de cette très légitime ambition.

A demain les affaires sérieuses : au moment où j'inaugure ma troisième présidence, je ne veux que réjouir mes yeux et mon esprit par le spectacle des bonheurs qui échoient à l'Association. Je constate d'abord que sa prospérité est continue, progressive, et que le nombre des adhérents croît sans cesse (nous en comptons quatre cents de plus cette année). Si le recrutement s'est un peu ralenti dans quelques départements, dans d'autres

il a sensiblement augmenté. Bien plus, une Société qui faisait jadis partie de notre fédération, et qui n'avait pas donné signe de vie depuis 1870 (l'année fatale), la Société de l'île de la Réunion, vient de se reconstituer et de redemander son annexion. Sa mort n'était qu'apparente : une suggestion de patriotisme et de confraternité a fait cesser cette longue léthargie. Admirons ce miracle vrai, opéré sans hypnotisme, et accueillons comme des frères ces chers revenants de l'autre monde.

M. le docteur Millet-Fontarabie, sénateur, et M. le docteur de Mahy, député, délégués de la Société renaissante, sont au milieu de nous; que ces éminents confrères agréent l'expression de nos plus chaleureuses sympathies.

« J'aime les biens, a dit Pascal, parce qu'ils donnent les moyens d'en assister les misérables. » L'Association, deux fois millionnaire, a le même motif de désirer encore plus de richesse, et elle voit avec une satisfaction extrême son trésor incessamment grossir : l'augmentation, cette année, ne s'élève pas à moins de 64,000 francs. Notre budget, où les recettes sont constamment au-dessus des dépenses, M. Brun le combine avec tant d'art, que les déficits y sont fictifs et les excédents vrais. Ce budget, en équilibre immuable, a permis de porter toutes les pensions viagères, qui sont au nombre de soixante-sept, au taux uniforme de *six cents* francs. Après avoir dépensé près de 280,000 francs pour réaliser cette péréquation, notre trésorier possède une réserve de 100,000 francs. La caisse de M. Brun ne ressemble guère au tonneau des Danaïdes : plus elle se vide en bienfaits et plus elle s'emplit par des bienfaits nouveaux.

Les contributions volontaires ne cessent pas d'y affluer, et les bienfaiteurs libres, dont il me plaît d'être l'historiographe, fournissent au récit matière fertile : un souffle puissant de charité confraternelle les anime, et ils sont d'une générosité à faire envie, sinon à l'Europe, du moins à la Belgique, car M. Schoenfeld, le digne président de la Caisse des pensions du Corps médical belge, comparant à la *furie française* l'allure réservée de ses souscripteurs, remarque, non sans tristesse, que sa caisse a reçu en dons, en quatorze ans, moins que la nôtre dans une seule année (celle de 1883, où notre total était de 62,000 fr.). La comparaison lui sera plus amère quand il apprendra que ce chiffre a été dépassé de 2,000 francs en 1885. M. Schoenfeld stimule ses compatriotes par notre exemple et il les invite à la contrefaçon.

Je ne vous ferai point le dénombrement homérique de ces donateurs; leurs noms, d'ailleurs, publiés déjà par l'*Union médicale*, reparaîtront brillants dans le rapport de M. Brun et dans l'*Annuaire :* ce sont, au premier rang sur la liste, ceux de nos fonctionnaires parisiens ou départementaux, toujours les mêmes et comme clichés.

Plusieurs dons méritent une mention particulière : celui de M. Barbrau, le président vénéré de la Société de Rochefort, en souvenir de la célébration de ses noces d'or professionnelles ; — celui de M. Morel d'Arleux qui, de temps en temps, sent le besoin d'ajouter un supplément *extra* à ses cotisations perpétuées; — celui de M. Bertillon, qui fut membre du Conseil à la fondation et jusqu'en 1872. Sa dernière pensée a été pour l'Association, et il a chargé son fils de nous en apporter un gage matériel. M. Bertillon peut être considéré comme le créateur en France de la statistique appliquée à la médecine et à l'hygiène sociales. Il fut un savant, un honnête, un géné-

©BIU Santé

reux. S'inspirer de ses travaux sur la statistique mortuaire de la ville de Paris dans la question du secret médical que vous discuterez demain ; la résoudre de façon à concilier les droits de la science et ceux de la conscience du médecin, ce serait honorer sa mémoire ici-bas et la réjouir au delà.

Je signalerai aussi, parmi les présents offerts, celui de M. Lœwenberg qui, lauréat de l'Académie de médecine, a laissé tomber sur nos affligés quelques feuilles du laurier conquis ; — celui de M. Galezowski, pour sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur ; il m'a choisi pour son parrain, et c'est le filleul qui a payé les dragées ; — celui de la veuve du docteur Otterbourg, en remembrance de son mari ; modeste est l'offrande, mais

Le peu qu'on donne au pauvre au ciel se change en or.

En 1875, Mme Millard guérissait, par une opération, d'une maladie toujours mortelle autrefois : M. le docteur Millard (un de mes disciples devenu maître), nous fit un premier don en reconnaissance du bonheur conservé par la chirurgie au foyer domestique ; au dixième anniversaire de cette guérison, il suspend un second *ex-voto* au temple d'Hygie. Adressons nos félicitations sympathiques à l'heureux ménage, et souhaitons le retour de cette fête décennale.

Quelle que soit la différence des libéralités qui ont marqué cette année féconde, elles ont à nos yeux un prix égal : elles émanent toutes d'un même sentiment de compassion pour les afflictions de nos frères, et, pour toutes, est due une même part dans nos remerciements.

Dans notre réunion d'il y a deux ans, je recommandais aux bienfaiteurs présents ou futurs un procédé facile pour assurer à l'Association leurs libéralités, *sans frais*, quelque grosses qu'elles fussent ; le procédé est de l'invention de Mme la baronne Cloquet, que sa charité a rendue habile financière ; il consiste simplement dans l'achat à la Bourse d'un titre de rente doublement nominatif, c'est-à-dire avec attribution de l'usufruit au donateur et de la nue propriété au donataire. L'inventrice en fit immédiatement la première application en notre faveur, et votre Président la seconde. Prompt à suivre les bons exemples, M. Jules Worms vient de constituer de la même façon une rente trois pour cent, reversible sur l'Association, qui l'en remercie cordialement.

Aujourd'hui encore, Mme la baronne Cloquet, gracieuse récidiviste, nous fait héritiers d'une rente semblable. La mémoire de son illustre mari est restée un culte pour sa pieuse tendresse : aussi veut-elle que cette fondation porte le glorieux nom de Jules Cloquet, et qu'elle soit consacrée, à perpétuité, à fournir une allocation supplémentaire annuelle au plus âgé de nos pensionnaires.

Désireux d'imiter en tout un si noble modèle, j'ai remis aux mains de notre trésorier un titre de rente dont l'usufruit appartient à Mme Roger et et la nue propriété à l'Association ; j'exprime tout haut la volonté que cette rente reçoive la même affectation que la précédente, mais je souhaite tout bas que le deuxième propriétaire des titres susdits entre en possession le plus tard possible.

Chers associés, quand je considère la grandeur de notre institution qui, réunissant des milliers de médecins autrefois isolés et les liant en faisceau, en a fait une même famille ; quand je me remémore les services rendus

depuis plus d'un quart de siècle, la tendre assistance à nos frères en détresse, la tutelle supérieure et la défense des intérêts moraux et matériels de la profession ; quand je me rappelle les conquêtes présentes, et que j'en entrevois de plus grandes pour l'avenir, je puis, sans trop d'optimisme, me féliciter avec vous des résultats obtenus par les efforts communs.

Redoublons ces efforts, chers compagnons ; que notre devise soit : *consensus unus, cor omnibus unum*. Veuillez me continuer l'aide puissante qui m'a soutenu pendant dix années ; que l'amitié dont vous venez de me donner d'éclatants témoignages se fortifie par le temps.

Et moi, à qui vous venez d'apporter tant d'honneurs, de joies et de bonheur, je m'engage de nouveau à me vouer tout entier à l'œuvre que vous m'avez de nouveau confiée. Pour mieux exprimer ma gratitude, j'emprunte le magnifique langage de Bossuet (en le laïcisant quelque peu pour la circonstance) : « Sainte Association, toi qui unis tous tes enfants dans la fraternité, nous tiendrons toujours à ton unité par le fond de nos entrailles. Si je t'oublie, chère Association, puissé-je m'oublier moi-même ; que ma langue se sèche et demeure immobile dans ma bouche, si tu n'es pas la première dans mon souvenir, si je ne te mets pas au commencement de tous mes cantiques de réjouissance ! »

M. le Président donne la parole à M. Brun, trésorier de l'Association générale, pour la lecture de son rapport sur la situation financière de l'année de 1885 :

Messieurs,

La régularité des versements des sociétés locales, leur libéralité en faveur de notre caisse des pensions de retraites et les dons de bon nombre de généreux donateurs nous ont maintenus pendant le dernier exercice dans les conditions de prospérité dont nous n'avons cessé de jouir ; il y a plus, l'avoir de notre caisse des pensions se trouve augmenté de plus de soixante mille francs depuis un an, ce qui ressort de l'exposé que nous allons vous présenter.

CAISSE GÉNÉRALE

Recettes

La caisse générale est alimentée presque exclusivement par les sociétés locales dont les versements pour le dernier exercice se sont élevés à 22,521 fr. 30 c.

Les droits d'admission sont un peu moindres que l'année précédente, ils ont été de 3,532 francs, ce qui indique encore l'entrée dans l'Association de près de trois cents membres nouveaux.

Le dixième des cotisations a été par contre un peu plus élevé, soit de 9,891 fr. 23 c. et le dixième des revenus a aussi dépassé de quelques centaines de francs le dixième payé en 1884, il s'est élevé à 3,174 fr. 7 c.

Enfin, les sociétés locales ont demandé deux cent cinquante annuaires de plus que l'année précédente.

Plusieurs sociétés, à l'exemple de la société centrale, distribuent gratuitement l'annuaire à tous leurs sociétaires.

Si à la somme de 22,521 fr. 30 c. versée par les sociétés locales nous ajoutons les intérêts qui nous ont été bonifiés par la Caisse des dépôts et consignations 3,675 fr. 15 c. et un reliquat de caisse de l'exercice précédent de 7,329 fr. 18 c., nous obtenons un total de 33,525 fr. 63 c., dont le Conseil général a réglé l'emploi comme suit :

EMPLOI DES FONDS DE DÉPENSES

Les frais d'administration, impressions, frais de secrétariat et de trésorerie ont ab-

©BIU Santé

serbé la somme de	3.408 51
Le loyer et frais accessoires, impôts, chauffage, éclairage, service, ont entraîné une dépense de	858 95
L'annuaire a coûté pour impression et distribution	6.770 05
La caisse a payé en allocations diverses	3.275 »
La caisse a eu à payer pour recouvrements de legs et frais judiciaires	362 05
Et la caisse générale a versé à la caisse des pensions de retraites	12.000 »
Total	26.674 56

Le chapitre des recettes, soldant par la somme de 33,525 fr. 18 c., et celui des emplois et dépenses par 26,674 fr. 56 c., il existe un reliquat de caisse de 6,851 fr. 7 c., pour les premiers besoins du nouvel exercice, et plus particulièrement pour solder à délai peu éloigné les frais d'impression de l'annuaire.

CAISSE DES PENSIONS

La caisse des pensions, qui possédait l'an dernier la somme de 891,254 fr. 22 c., possède aujourd'hui la somme de 955,572 fr. 78 c. Son capital s'est donc accru de 64,318 fr. 56 c.

Cette augmentation de capital provient :

1° Des dons qu'elle a encaissés pendant la durée de l'exercice.... soit fr.	9.630 »
2° Des versements volontaires des sociétés locales	27.618 73
3° De la subvention de la caisse générale	12.000 »
4° Du produit des rentes constituées au profit de la caisse	2.771 »
5° Des intérêts capitalisés au compte de fonds de retraites à la Caisse des dépôts et consignations	12.298 83
Total	64.318 56

Nous n'avons en caisse qu'un seul legs de mille francs du docteur Bertillon qui nous a été remis sans frais par son honorable fils, le docteur Bertillon.

Les recouvrements de plusieurs legs restent en souffrance par suite de formalités administratives ou de difficultés judiciaires. — Nous avons toutefois le ferme espoir d'encaisser prochainement celui du docteur Campbell, de dix mille francs, et celui du docteur Rufz de Lavizon, de deux mille francs.

MM. les docteurs Eugène Forget et Roth ont fait en faveur de notre caisse des pensions des dispositions importantes, mais, pour le premier, ce sont des nues propriétés, dont la valeur n'est pas encore déterminée, et le legs du second est soumis à des éventualités qui rendent notre prise de possession bien douteuse, nous y reviendrons plus tard.

Toutes les autres sommes de ce chapitre proviennent de dons manuels. Monsieur le président vient de mentionner quelques-uns des plus importants, tout en passant sous silence le don de mille francs qu'il a fait lui-même à notre caisse de pensions. Qu'il en reçoive, Messieurs, le témoignage de notre gratitude, aussi bien que MM. Morel d'Arleux, Lannelongue, Millard, Ricord, Cazeneuve, Galezowski et bon nombre d'autres généreux donateurs, dont les noms seront inscrits dans le tableau publié par notre Annuaire.

Les versements volontaires des sociétés locales sont importants et dépassent de près de deux mille francs les versements de l'année précédente, mais qu'il nous soit permis de faire remarquer que ces dons ne sont pas toujours en raison de la fortune des sociétés ; il est telle société peu nombreuse et qui ne possède qu'un modeste capital qui n'est point ménagère de ses derniers en faveur de notre caisse de retraites, alors que telle autre société possédant de grosses réserves, n'en accorde que quelques faibles parties à notre caisse de pensions de retraites.

Le produit des rentes constituées s'est augmenté de 900 francs par le décès de l'usufruitière d'un titre de rente de 900 francs, dont la nue propriété appartient à l'Association, don de Mme la baronne Jules Cloquet.

Ce compte est destiné à prendre dans l'avenir une bien plus large place dans notre

situation financière, lorsque l'Association entrera successivement en possession des nues propriétés qu'elle possède et dont l'importance vient de s'augmenter encore notablement par le nouveau don de notre généreux président, M. Henri Roger, de la nue propriété d'un titre de rente de 600 francs, par le nouveau don également de Mme la baronne Cloquet de la nue propriété d'un titre de rente de 400 francs et par le don fait par M. le docteur Worms de la nue propriété d'un titre de rente de 200 francs ; le tout formant un capital de plus de trente mille francs.

Notre caisse de pensions viagères de retraites se trouvant dans les conditions prospères que nous venons d'exposer, il était tout naturel de chercher à faire profiter nos malheureux pensionnés, dans la mesure la plus large possible, des ressources dont nous pouvons disposer, ce qui nous conduit à proposer au Conseil général, qui en a accepté la proposition avec grande faveur, de porter toutes nos pensions à 600 francs, ce qui est remplir le désir d'un grand nombre de membres de cette assemblée, qui, lors de la constitution de notre caisse de pensions et au moment de sa réglementation, insistaient vivement pour que le minimum des pensions fût de 600 francs ; désir auquel le Conseil est heureux de pouvoir donner aujourd'hui satisfaction.

Si les propositions qui vous seront présentées dès aujourd'hui par notre éminent collègue M. Horteloup, au nom du Conseil général et de la commission des pensions, sont acceptées, dès demain l'Association aura 67 pensionnés à 600 fr. pour un capital d'environ 900,000 francs.

Et, en résumé, l'avoir réuni de l'Association générale et de la caisse des pensions est de 1,044,093 fr. 85 c., non compris les rentes constituées et les nues propriétés.

Rapport de M. Durand-Fardel, membre du Conseil général, sur la gestion financière pendant l'exercice 1885.

Messieurs,

Les statuts de notre Association veulent qu'un membre désigné du Conseil général examine les livres de M. le Trésorier, rende compte à l'Assemblée de sa gestion et vous demande de lui voter votre approbation. J'ai l'honneur de venir m'acquitter devant vous de cette mission. L'absolue régularité et en même temps la simplicité avec lesquelles est tenue cette comptabilité considérable ont rendu ma tâche très facile. Je n'aurai besoin ici que de résumer les chiffres qui viennent de vous être exposés.

L'organisation financière de l'Association, de laquelle demeure indépendante la situation financière propre à chacune de nos Sociétés locales, comprend deux comptes distincts :

Fonds généraux.

Fonds de la Caisse des retraites.

Le compte de l'Association générale se chiffre ainsi qu'il suit, pour l'exercice qui vient de se fermer :

Actif :	Solde en caisse	7.329 18
	Recettes et intérêts	26.196 45
		33.525 63
Passif :	Dépenses diverses	14.674 56
	Versement à la Caisse des retraites	12.000 »
		26.674 56
	Reste en caisse	6.851 07
	Somme égale	33.525 63

Compte de la Caisse des retraites :

Dons et legs	9.630 »
Subventions des Sociétés locales	27.618 73
Subvention de l'Association générale	12.000 »
Rentes en intérêts	15.069 »
	70.381 76

©BIU Santé

Le chiffre des dons et legs est un peu inférieur à celui de l'an dernier. La différence ne porte pas sur les dons, mais sur les legs, dont l'attribution est nécessairement très inégale d'une année à l'autre.

En revanche, nous trouvons un excédent notable dans la contribution des Sociétés locales et dans le produit des rentes en intérêts.

La somme entrée dans la Caisse des pensions excède de 708 fr. 76 c. celle touchée l'an dernier.

La fortune de l'Association générale au 1er 1886 est de :

Fonds généraux	88.521 07
Caisse des retraites	955.572 78
	1.044.093 85
à quoi il faut ajouter, en nue propriété, environ	60.000 »
	1.104.093 85

Quant aux Sociétés locales, le relevé approximatif, mais à très peu de choses près exact de leur fortune, atteint un million.

Votre commissaire-rapporteur osera-t-il affirmer que, en présence de semblables résultats, il est satisfait, et espérer que vous partagerez sa satisfaction ? il faut avoir quelque courage pour déclarer qu'on est *satisfait*, car j'ai vu plus d'une fois cette expression relevée, non sans quelque trace d'amertume, dans les comptes rendus de nos Sociétés locales.

C'est que, malgré la clarté généralement attribuée à la langue française, nous sommes souvent loin de nous entendre sur la valeur des mots. Si *satisfait* veut dire qu'on trouve que tout est pour le mieux et qu'il n'y a qu'à continuer, je puis assurer que je ne suis pas satisfait, et je comprendrais que vous ne le fussiez pas davantage.

Mais si satisfaction signifie le sentiment d'une grande œuvre commencée et parvenue, en un temps relativement court, à un degré de réalisation que ses promoteurs les plus convaincus n'avaient pu entrevoir, ouverte à toutes les améliorations organiques comme à tous les progrès matériels ; si satisfaction signifie reconnaissance pour ceux qui, comme M. Brun, s'y sont consacrés avec un dévouement exclusif, et encouragement pour toutes les sortes de perfectionnement dont elle pourra être dotée, oui, je me déclare satisfait, et vous témoignerez sans doute que vous l'êtes également en manifestant, par vos applaudissements, votre approbation des comptes de votre incomparable trésorier.

Compte rendu général de M. Foville, secrétaire général de l'Association, sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1885.

Messieurs et chers Confrères,

L'année qui vient de s'écouler aura été, je crois pouvoir le dire sans exagération, une année des plus honorables pour notre Association ; et, en parlant ainsi, je veux faire allusion, non seulement aux bienfaits qu'elle a répandus, aux travaux qu'elle a accomplis, mais aussi aux honneurs qu'elle a recueillis et à ceux qu'elle a conférés.

Il y a près de vingt ans, le Conseil général de l'Association avait entrepris, lui-même, de décerner les honneurs d'un monument public à un des plus grands médecins de notre siècle, sinon au plus grand de tous, et si la statue de Laënnec, élevée sur la grande place de Quimper, proclame la gloire impérissable de l'inventeur de l'auscultation, le mérite en revient, pour la plus grande part, à l'Association générale des médecins de France et à l'initiative de celui qui a le plus contribué à rendre les travaux du maître populaires parmi les médecins de toutes les générations et de tous les pays.

A cette première manifestation, destinée à perpétuer la gloire de nos grands hommes, en a succédé cette année une seconde qui n'est plus due à l'initiative du Conseil général de l'Association, mais à celle d'une des Sociétés locales dont l'assemblage constitue notre vaste fédération. C'est la Société locale de la Charente qui a eu l'idée de faire

élever une statue à Bouillaud, et c'est le président de cette Société, l'honorable docteur Bessette, qui a eu la part la plus active et la plus méritante dans l'hommage rendu à ce grand médecin au pays même où il est né.

La belle journée du 17 mai 1885 aura donc été une brillante victoire remportée par la Société locale de la Charente, et elle n'a pas été sans refléter une partie de son éclat sur l'Association elle-même. Sans doute, dans le tournoi d'éloquence qui a formé la partie la plus substantielle de cette fête de l'intelligence, le président de l'œuvre, M. Bessette, ne s'est réservé qu'un rôle modeste, et le premier rang a été donné aux orateurs de l'Institut et de la Faculté de médecine, MM. Vulpian et Laboulbène; mais le délégué de l'Académie de médecine, M. Roger, représentait en même temps notre Association; c'est à ce titre, surtout, qu'il a été appelé à présider le banquet par lequel s'est terminé ce brillant jour de fête, qui a laissé, à tous ceux qui ont eu le privilège d'y assister, le souvenir le plus agréable de l'hospitalité affectueuse de nos confrères d'Angoulême.

Pourquoi faut-il que, déjà, le triste reflet d'un deuil prématuré vienne assombrir ce souvenir, et qu'en prononçant avec reconnaissance le nom de M. le docteur Nadaud, secrétaire de la Société, pour lequel l'organisation de cette solennité avait été l'occasion d'un rude labeur et d'un éclatant succès, ce soit au pied d'une tombe que nous ayons à déposer le témoignage de cordiale sympathie de tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre.

Un autre honneur, auquel vous avez tous pris part, Messieurs, et que je ne pourrai rappeler ici, sans provoquer de nouveau vos applaudissements, a été la promotion de notre président, M. le docteur Roger, au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Il réunissait, sans doute, bien des titres à une pareille distinction, et tout gouvernement se serait honoré en lui décernant, de sa propre initiative, cette récompense élevée; ce qui doit, cependant, en rehausser singulièrement le prix, aux yeux de M. Roger et de tous les membres de la profession, c'est qu'elle a été spontanément demandée, pour lui, par les médecins membres du Sénat et de la Chambre des députés.

Nos confrères du Parlement avaient tramé un véritable complot! Ne me trahissez pas, Messieurs, si je me hasarde à vous révéler ici ce secret médical; mais il est des cas où, en dépit des lois et des magistrats, le médecin lui-même peut se faire dénonciateur, sans forfaire au devoir professionnel.

Je reviens donc au complot; il s'agissait d'obtenir cette croix de commandeur pour l'époque de notre dernière Assemblée générale, de manière à l'offrir à M. Roger au moment où les Associés de toute la France auraient été réunis autour de lui.

Un changement imprévu de ministère vint mettre obstacle à l'accomplissement de ce projet. Les promoteurs songèrent alors à rendre à M. Roger un autre hommage public; vous vous rappelez, Messieurs, qu'au banquet du 13 avril, un des membres les plus actifs et les plus sympathiques du Conseil général, le regretté docteur Lunier, dont j'aurais bien des motifs personnels de rappeler ici la mémoire, s'il y avait quelque chose à ajouter à l'éloge que vous venez d'entendre, se leva pour vous proposer de faire faire, aux frais de l'association, un buste de M. Roger et de le lui présenter.

Un souvenir analogue aurait été offert, en même temps, à M. Brun, le grand chef des finances de l'Association depuis qu'elle existe.

Rien n'eût été plus touchant, ni mieux mérité, qu'un pareil témoignage de reconnaissance adressé par les membres de l'Association à leurs principaux dignitaires; mais leur modestie crut devoir s'y soustraire, et une fois de plus il fallut s'en tenir à la bonne intention, sans pousser les choses jusqu'à leur exécution pratique.

Cependant, le premier projet avait été simplement retardé, et, grâce aux appuis les plus influents, il fut favorablement accueilli par le nouveau ministre. Le décret portant promotion de M. le docteur Roger, au grade de commandeur de la Légion d'honneur, parut dans l'*Officiel* du 11 juillet 1885.

A ces honneurs multiples, vous venez, Messieurs, d'en ajouter un autre qui atteint peut-être plus directemen[illegible]re le cœur de M. Roger en l'appelant pour la troisième

BIU Santé

fois à la présidence de l'Association. Je n'ai pas à m'étendre sur ce point, car ce serait répéter, en moins bons termes, ce qui vient d'être éloquemment dit par M. Bergeron. D'ailleurs, quelle valeur peut avoir la voix d'un seul, alors que tous ici, et dans la France entière, vous lui avez donné la vôtre, et que par vos applaudissements, également unanimes, vous venez de consacrer l'éclat de l'élection présidentielle du 18 mars 1886.

Si nous descendons de ces hauteurs pour nous tenir sur le terrain des affaires pratiques, nous y trouvons d'autres satisfactions d'une nature moins brillante, il est vrai, mais qui n'en sont pas moins favorables à la prospérité de notre vaste Association.

Sous le rapport financier, vous avez déjà appris, par MM. Roger et Brun, que, cette année, toutes les pensions de retraite peuvent être portées à 600 francs. Ce chiffre, quoique encore modeste, marque cependant une étape importante dans l'évolution progressive de notre Caisse de retraites; il y a quelques années à peine, il paraissait comme un but éloigné et difficile à atteindre. Espérons qu'il ne tardera pas à être dépassé et qu'il servira de point de départ pour des chiffres plus élevés et mieux en rapport avec les besoins auxquels nous avons à satisfaire.

La fortune de l'Association a subi cette année de nouvelles augmentations. La Caisse des retraites, suivant la progression habituelle depuis quelques années, a vu son capital s'élever de 891,254 fr. 22 c. à 955,572 fr. 78 c., ce qui fait un accroissement de 64,318 fr. 56 c.

Le bilan des différentes caisses de l'Association, à la fin de l'exercice 1885, s'élève à :

Capitaux de la Caisse générale	80.521 07
Caisse des pensions viagères	955.572 78
Société centrale et Sociétés locales	919.604 28
Total	1.963.600 13

Quant aux rentes qui appartiennent à ces différentes caisses, si on les capitalisait à 4 p. 100, elles représenteraient un total de plus de 200,000 francs.

Les secours distribués suivent une progression correspondante ainsi que vous pouvez en juger par le détail suivant :

En 1885, la Caisse des pensions viagères a servi à 73 pensionnaires	35.800 fr.
Les Sociétés locales et générales ont accordé à 79 sociétaires	17.320
Elles ont réparti entre 133 veuves, fils ou filles de cosiétaires	37.635
Elles ont donné à 19 personnes étrangères à l'Association	2 559
Total	93.314

C'est une augmentation de 11.136 fr. sur les libéralités de l'exercice précédent.

Nous avons, aussi, à nous féliciter de l'élévation du nombre de nos membres. D'après des évaluations que nous avons cherché à rendre aussi exactes que possible, l'Association aurait admis 403 nouveaux adhérents en 1885, tandis que le nombre des décès ne serait que de 216.

Une nouvelle, particulièrement agréable, nous est parvenue, il y a quelques semaines, d'une région bien lointaine par l'espace qui nous sépare, bien voisine par le cœur et les sentiments d'attachement patriotique qui nous rapprochent.

Dès les premiers temps de l'Association générale, une Société locale s'était constituée dans la colonie française de l'île de la Réunion; approuvée en septembre 1860, elle s'était empressée de s'agréger à l'Association générale, et elle était en correspondance régulière avec elle; mais, à partir de 1870, les relations avaient été interrompues, et les derniers Annuaires, tout en continuant à mentionner la Société à son rang, en étaient réduits à lui consacrer cette simple formule : « pas de renseignements depuis plusieurs années. »

Une lettre toute récente nous a appris que la Société de l'île de la Réunion venait de sortir de son long sommeil, et que, dans une séance tenue à Saint-Denis, le 13 février 1886, elle s'était reconstituée en procédant à la nomination de son bureau; M. le doc-

teur Le Siner, ancien vice-président, a été nommé président, et M. le docteur Mahé a été appelé au poste de secrétaire. Vous applaudirez, Messieurs, comme votre Conseil général, à ce phénomène de reviviscence spontanée, et vous adresserez vos plus sincères félicitations aux médecins de cette belle colonie, qui, à travers les mers, vous tendent une main confraternelle.

Du reste, malgré leur éloignement, ils sont dignement représentés, aujourd'hui même, dans cette assemblée par deux des membres titulaires de leur Société : M. le docteur Millet-Fontarabie, sénateur de l'île de la Réunion, et M. le docteur de Mahy, député de la même colonie; nous pourrons donc exprimer directement à ces deux honorables confrères, qui représentent à double titre les médecins leurs compatriotes, la joie que nous cause leur présence parmi nous.

Parmi les mutations que nous avons à vous faire connaître, dans le personnel des présidents des Sociétés locales, une seule a été motivée par le décès d'un président en fonctions.

M. le docteur Viala (de Rodez) laisse des regrets d'autant plus vifs que la mort l'a frappé, alors qu'il n'avait encore que 50 ans, et que, depuis deux ans seulement, les suffrages unanimes de ses confrères l'avaient appelé à la présidence de la Société des médecins de l'Aveyron. « La caractéristique du docteur Viala, a dit sur sa tombe son ami et vice-président, M. le docteur d'Albespy, a toujours été la candeur et la simplicité de cœur, l'amour du vrai et du juste, sa franche sympathie pour les autres, sa modestie naturelle quand il s'agissait de lui-même, une admiration, un culte pour son art. »

A ce Président, prématurément enlevé, la Société de l'Aveyron a donné pour successeur, M. le docteur Bompaire (de Millau), auquel nous sommes heureux de souhaiter ici la bienvenue. Nous accueillons avec la même faveur MM. Vibert (du Puy), Turgis (de Falaise), Auphan (d'Alais), Vincent (de Gueret), Rouyer (de Laigle), qui ont été nommés présidents des Sociétés de la Loire et de la Haute-Loire, du Calvados, du Gard, de la Creuse et de l'Orne, à la suite de la retraite volontaire des précédents titulaires, retraite motivée par la maladie, le grand âge ou le surcroît d'occupations.

M. le docteur Maurice (de Saint-Etienne) n'a pas joui longtemps du titre de président honoraire qui lui avait été décerné par acclamation dans l'assemblée générale du 27 octobre 1885, car il est décédé au mois de mars 1886.

Pendant plus de vingt ans, il s'était dévoué aux intérêts de la Société de la Loire et de la Haute-Loire avec un zèle qui ne s'était jamais démenti, et personne plus que lui n'avait droit à l'estime et à la reconnaissance de ses collègues.

La lecture des comptes rendus imprimés de la plupart des Sociétés locales montre que cette année, plus peut-être que jamais, les questions d'intérêt général, qui concernent notre corporation, ont été étudiées, sur tous les points du territoire, avec une ardeur et une profondeur de vues auxquelles on ne saurait trop applaudir.

Les deux questions qui avaient été prises en considération par la dernière assemblée générale, ont été discutées dans presque toutes les Sociétés locales; elles avaient pour objet, vous vous le rappelez, Messieurs, l'une, le projet de création d'un ordre de médecins dû à l'initiative de nos deux honorés confrères, MM. les docteurs Surmay (de Ham) et Mougeot (de Bar-sur-Seine); l'autre, les rapports à établir entre les administrations communales et les médecins, au double point de vue des demandes de déclaration des causes de décès, et de l'obligation où se trouve le médecin d'observer le secret professionnel.

La somme de travaux provoqués dans la plupart des Sociétés, par l'étude et la discussion de ces deux questions, a été réellement considérable; elle fait le plus grand honneur aux médecins qui y ont pris part, en grand nombre, et elle est un témoignage éloquent de la vitalité de notre Association. Excusez-moi, cependant, Messieurs, si, à côté de ces justes louages, je me permets de formuler un regret; c'est que certains comptes rendus soient envoyés à Paris d'une manière trop tardive.

Si les réponses aux questions mises à l'étude par l'Association sont réclamées de vous,

©BIU Santé

Messieurs, à une date qui peut parfois sembler prématurée, c'est que la nécessité s'en impose pour permettre le dépouillement des documents, leur analyse par les Commissions spéciales, la rédaction des rapports, leur discussion en conseil; ce n'est pas lorsque ces rapports ont été approuvés, et sont à l'impression, qu'il est possible de tenir compte d'avis, souvent fort importants, qui nous arrivent après coup, et qui, s'ils avaient été connus plus tôt, n'auraient pas manqué d'être cités avec honneur, et auraient pu exercer de l'influence sur les conclusions proposées par le Conseil général; celui-ci ne saurait être responsable si certains travaux, par suite de leur envoi tardif, n'ont pas le retentissement auquel ils auraient eu droit.

Quoi qu'il en soit de cette observation, que j'ai cru devoir présenter ici, dans l'espoir de rendre plus rare, à l'avenir, un inconvénient que j'ai eu plusieurs fois à regretter dans ces dernier temps, les documents parvenus aux deux rapporteurs ont été remarquables, à la fois par leur nombre et par leur valeur.

Je n'ai pas à m'étendre ici, sur les rapports de MM. Passant et de Ranse. Beaucoup d'entre vous les connaissent déjà, car nous avons réussi à les envoyer aux Sociétés locales pour la séance électorale du 18 mars, devançant ainsi de plusieurs semaines, par intérêt pour la libre discussion, l'époque à laquelle cet envoi aurait dû être fait, d'après la décision de l'assemblée générale de 1883. La lecture de ces deux documents figure, du reste, à l'ordre du jour de la présente séance, et ceux qui ne les connaissent pas encore ne manqueront pas d'en apprécier le mérite incontestable. Nous ne doutons pas que, dans la prochaine séance, vous ne les discutiez avec intérêt et ne leur donniez votre approbation.

Outre ces questions générales, auxquelles il a dû consacrer une grande partie de son temps, votre Conseil a eu à s'occuper de plusieurs cas particuliers qui lui ont été soumis par diverses Sociétés locales, et comme toujours nos habiles et sympathiques conseils judiciaires, MM. Morillot et Vannesson, nous ont donné leur concours avec un empressement dont nous ne saurions trop les remercier.

Je suis heureux de vous dire, en premier lieu, que nos prévisions favorables, relativement au procès de Montluçon, ont été pleinement justifiées. Un arrêt de la Cour de Riom, adoptant les conclusions de la consultation du professeur Brouardel et des experts de Clermont, a rendu pleine justice à notre confrère si injustement condamné; il a été exonéré de toute peine et déclaré à l'abri de tout blâme.

Notre intervention a été également très utile dans la circonstance suivante :

Un de nos honorables confrères du Doubs, M. le docteur Michaux, membre de la Société locale, avait été appelé par M. le procureur de la République de Baume-les-Dames, pour être interrogé sur des faits relatifs à une jeune fille de 15 ans, inculpée d'outrage public à la pudeur.

Comme les faits, sur lesquels le témoignage du docteur Michaux aurait pu porter, étaient parvenus à sa connaissance d'une manière toute confidentielle, à l'occasion de l'exercice de sa profession, il refusa de fournir aucun renseignement, en se retranchant derrière l'obligation du secret professionnel, conduite parfaitement régulière et conforme à la légalité.

Le procureur, cependant, assimilant ce refus de déposer au refus de comparaître comme témoin, crut pouvoir requérir, contre le docteur Michaux, l'application de l'article 80 du Code d'instruction criminelle, et le juge d'instruction prononça contre notre confrère une amende de 100 francs.

Beaucoup moins sensible au dommage pécuniaire dont il était menacé qu'à l'atteinte portée à la dignité médicale, le docteur Michaux s'adressa au président de la Société locale du Doubs, et sa réclamation fut transmise à Paris.

Me Morillot voulut bien rédiger, à cette occasion, une consultation où il n'eut pas de peine à établir que le docteur Michaux était complètement dans son droit, et que toute autre conduite de sa part aurait été répréhensible. Cette simple démarche eut une influence décisive; et, au bout de très peu de jours, notre honorable confrère, qui avait

formé opposition au premier jugement, apprenait qu'il était relevé de l'amende prononcée contre lui.

S'il n'en avait pas été ainsi, l'Association l'aurait certainement soutenu de son puissant appui devant la Cour d'appel, et, au besoin devant la Cour de cassation.

Nous avons été moins heureux dans un autre cas, qui a fait beaucoup de bruit cette année, tant en dedans qu'en dehors du Corps médical, et dans lequel la Cour de cassation, adoptant une doctrine de plus en plus sévère, a confirmé la condamnation prononcée en première instance contre un de nos confrères parisiens, poursuivi pour violation du secret médical; si, dans cette circonstance, l'intervention de l'Association n'a pas réussi à faire casser le premier arrêt, elle a du moins fourni gratuitement, au confrère poursuivi, le bénéfice d'une plaidoirie de Me Morillot, aussi éloquente que désintéressée, et elle s'est chargée du paiement des frais de l'instance.

Vous remarquerez, Messieurs, sous combien de formes différentes se soulève, devant le médecin, cette question de secret professionnel, dont l'obligation menace de devenir chaque jour pour lui plus tyrannique. Egalement exposé à des poursuites et à des condamnations judiciaires, s'il dit quelque chose et s'il refuse de rien dire, le pauvre praticien ne sait même plus s'il peut répondre impunément aux questions formelles que lui pose l'administration, dans l'intérêt du bien-être de tous et des progrès de l'hygiène sociale. N'est-ce pas le cas de répéter que la chose vraiment difficile n'est pas de faire son devoir, mais de savoir où est le devoir?

Une législation qui menace une corporation comme la nôtre, par tant de côtés différents, sans dire à ses membres, d'une manière précise, ni ce qu'ils doivent faire ni ce qu'ils doivent éviter, appelle évidemment une réforme. C'est une réclamation de plus à ajouter à la liste déjà longue de celles que le Corps médical formule depuis longtemps, et sur lesquelles il n'a pas obtenu satisfaction. Sans être encore à même de vous annoncer aucune conquête législative définitivement acquise, nous croyons cependant pouvoir vous dire que les perspectives actuelles sont assez favorables et que, sur plusieurs points, ceux mêmes auxquels des échecs multipliés n'ont laissé que peu d'illusions, peuvent entrevoir une solution prochaine. Disons, en quelques mots, ce que nous avons appris à cet égard.

Vous vous rappelez, Messieurs, l'initiative prise par notre collègue, M. le docteur Douvre, trésorier de la Société de la Seine-Inférieure, pour obtenir la modification de l'art. 2101 du Code civil, relatif au privilège pour le paiement des soins médicaux donnés dans le cas de dernière maladie. La jurisprudence des tribunaux français n'admet l'exercice de ce privilège qu'en cas de partage à la suite de décès; elle refuse de le reconnaître à la suite de faillite on de déconfiture.

Vous savez qu'une pétition, demandant une application plus large et plus équitable du privilège médical, fut rédigée par M. le docteur Douvre, et qu'après avoir été adoptée, d'abord par les Sociétés locales de la Seine-Inférieure et du Calvados, elle fut adressée, avec demande d'adhésion, à toutes les Sociétés agrégées qui composent l'Association générale des médecins de France.

Toutes les réponses reçues contenaient une approbation unanime de la pétition; celle-ci put réunir, ainsi, un ensemble de 2,148 signatures. Le nombre aurait été beaucoup plus considérable, si, dans certaines Sociétés, les membres du bureau seuls n'avaient signé au nom de tous leurs confrères.

M. le docteur Dufay, président de la Société locale de Blois, membre du Conseil général de l'Association, et sénateur de Loir-et-Cher, se chargea de déposer la pétition sur le bureau du Sénat, le 26 mars 1835.

Le *Journal officiel* du 25 juillet suivant donne textuellement le rapport présenté, sur cette pétition, dans la séance du Sénat de la veille, par M. le docteur Libert (d'Alençon), sénateur de l'Orne et membre de la Société locale de médecine du même département.

Le rapport, entièrement favorable à la pétition, va même plus loin qu'elle, car il demande qu'à l'avenir, le privilège, accordé aux médecins pour le paiement de leurs honoraires, s'applique aux soins qu'ils auront donnés, non seulement « au débiteur lui-

©BIU Santé

« même, mais aussi, aux membres de la famille vivant avec lui, attendu que les motifs « d'humanité sur lesquels ce privilège est fondé s'appliquent avec la même force au « débiteur lui-même qu'à tous les membres de la famille. »

Comme conclusion, la Commission proposait le renvoi de la pétition à M. le garde des sceaux, en la recommandant à tout son intérêt, avec la conviction qu'il voudrait bien faire droit à une demande commandée à la fois par la logique, le bon sens et l'humanité. Cette conclusion fut adoptée par le Sénat, et le renvoi au garde des sceaux fut ordonné.

Ces résultats, Messieurs, constituent, tant pour M. Douvre que pour toute notre Association, un succès au moins relatif, et je suis heureux de remercier ici, en votre nom à tous, nos confrères MM. Dufay et Libert qui ont bien voulu mettre leur influence de sénateurs au service des intérêts généraux du Corps médical.

Vous serez bien aises d'apprendre que la pétition, une fois arrivée à la Chancellerie, n'a pas été simplement classée, mais qu'elle a été transmise au Conseil d'Etat, avec une demande d'avis sur la suite à lui donner. D'après des informations certainement exactes, l'étude de cette question se trouverait, pour le moment, associée à celle que le même corps est chargé de faire sur les divers projets de réforme de la législation relative à l'exercice de la médecine.

Ceci m'amène, tout naturellement, à vous entretenir de cette question de réforme qui tient toujours le premier rang parmi les préoccupations des médecins soucieux de l'organisation de leur profession. Vous vous rappelez, Messieurs, que l'année dernière, à pareil jour, je vous donnais lecture d'une lettre de notre honorable collègue M. le docteur Chevandier (de la Drôme) qui, se trouvant dans l'impossibilité d'assister à notre assemblée générale, avait bien voulu la tenir au courant des actes de la Commission de la Chambre des députés, saisie de la question; il terminait sa lettre par cette phrase : « Notre proposition de loi, née de l'initiative parlementaire, sera fatalement frappée de « caducité. Bien que la Commission en soit convaincue, elle a voulu que le rapport fût « déposé sur le bureau de la Chambre. C'est là une sorte d'engagement tacite de « reprendre cette proposition, si les élections nous sont favorables. »

Elles le lui ont été, ainsi qu'à la plupart de ses collègues de l'ancienne commission, et très peu de temps après l'ouverture de la chambre actuelle, une nouvelle proposition était déposée par M. le docteur Chevandier et un certain nombre de ses collègues (26 novembre 1885).

Trois jours auparavant, un autre groupe de députés avait déposé une proposition, spécialement relative aux officiers de santé, et leur conférant le droit d'exercer leur profession dans la France entière, et non pas seulement dans le département où ils ont subi leur examen.

Sans entrer, ici, dans l'analyse comparative du nouveau projet de M. Chevandier, et du projet de l'Association auquel est resté attaché le nom de M. Lunier, je puis vous dire qu'entre les deux la ressemblance est très grande, que plusieurs articles sont identiques, et que l'esprit qui les inspire est le même.

Cependant, le gouvernement, reconnaissant l'importance d'une question discutée depuis si longtemps, n'a pas trouvé qu'il pût rester étranger aux efforts faits pour la régler. M. le ministre du commerce a résolu de présenter, de son côté, un projet de revision de la loi du 19 ventôse an XI. L'étude de ce projet a été faite au sein du comité consultatif d'hygiène publique de France, et le texte proposé, avant d'être présenté à la Chambre, a été soumis à l'examen des différents départements ministériels qui ont à donner leur avis sur ce sujet complexe. Bien que ce projet n'ait pas encore été rendu public, on sait déjà que si, à certains égards, il se rapproche de ceux de MM. Lunier et Chevandier, il s'en sépare au moins sur un point très important, celui qui concerne la suppression ou le maintien des officiers de santé ; le gouvernement trouve qu'il est indispensable de laisser subsister les officiers de santé, en relevant le niveau de leurs études, ce qui, du reste, a déjà été fait par le décret du 3 août 1883, et en cessant de limiter aussi étroitement qu'aujourd'hui le territoire sur lequel ils ont le droit de s'établir ; au lieu de pouvoir pratiquer dans un seul département, ils seraient libres de s'établir dans toute la

circonscription de la Faculté ou de l'école de médecine où ils auraient subi leurs examens. Vous vous rappellerez, messieurs, que, sur cette question du maintien ou de la suppression des officiers de santé, l'unanimité avait été loin d'être obtenue dans votre assemblée générale de 1884 ; plusieurs Sociétés locales ont renouvelé depuis lors leurs protestations contre la suppression proposée et ont provoqué une certaine réaction en faveur du maintien. Sans prétendre exprimer, ici, une opinion personnelle sur ce point controversé, j'ai voulu du moins vous faire connaître la situation générale de la question et vous montrer que, d'après toutes les vraisemblances, la législature actuelle ne se passera pas sans substituer une loi nouvelle à celle de 1803, dont la revision est réclamée depuis si longtemps.

La législation relative aux Sociétés de secours mutuels, qui peut avoir, pour notre Association une si grande importance, a fait quelques progrès depuis l'année dernière ; une première discussion a eu lieu les 12 et 13 juin 1885 au Sénat, mais elle n'a pas abouti à un vote définitif. Il a été reconnu, au cours des débats, qu'entre cette question et celle de la réglementation de la Caisse des retraites pour la vieillesse, il y avait des liens d'une intimité telle que l'une ne pouvait être tranchée sans tenir compte de l'autre.

Le projet a donc été renvoyé à la commission, qui a dû le soumettre à une nouvelle étude, et à la date du 4 mars 1886, M. Léon Say a déposé un rapport supplémentaire, accompagné d'une nouvelle rédaction sur laquelle la discussion s'est rouverte le 9 avril ; le projet a été voté en première lecture sans que la commission et le gouvernement fussent tout à fait d'accord sur plusieurs points. On espère que l'entente pourra s'établir à la seconde lecture ; puis, il faudra une autre discussionà la Chambre des députés.

Il ne s'agit donc encore que d'un projet, qui peut être profondément modifié ; il me paraît cependant, à propos de vous donner, ici, un aperçu des principales dispositions proposées par la commission sénatoriale.

Il continuerait à y avoir deux espèces de Sociétés de secours mutuels : les unes complètement indépendantes du gouvernement, les autres plus intimement rattachées à l'administration supérieure, et jouissant, à cause de cela, d'avantages spéciaux ; seulement cette seconde catégorie de Sociétés, qui porte aujourd'hui le nom de Sociétés approuvées, recevrait désormais celui de Sociétés dont les statuts sont homologués. Toutes nos Sociétés locales et notre Association générale, qui sont aujourd'hui approuvées, appartiendraient de droit à cette seconde catégorie. A ce titre, elles continueraient, comme aujourd'hui, à déposer leurs fonds à la caisse des dépôts et consignations qui servirait un intérêt annuel, égal à celui payé pour les fonds déposés aux Caisses d'épargne ; les capitaux constituant la Caisse des pensions viagères porteraient intérêt à un taux égal au taux de capitalisation servant à établir les pensions de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse ; les pensions viagères seraient toujours constituées en rentes sur l'Etat et seraient insaisissables.

A ces avantages s'en ajouteraient d'autres, dont les principaux consisteraient à jouir de la personnalité civile, à pouvoir ester en justice, et à pouvoir recevoir des dons et legs dont le chiffre ne serait pas limité ; le maximum des pensions cesserait, également, d'être fixé par l'administration ; enfin l'exemption des frais de timbre et d'enregistrement, stipulée par le décret-loi de 1852, mais contestée depuis 1871, serait accordée de nouveau et mise à l'abri de discussion.

Cet ensemble de conditions paraît devoir être avantageux, tant à notre Association générale qu'à chacune des Sociétés locales qui lui sont agrégées, et il est à désirer qu'il soit consacré par le vote définitif.

Le temps me presse, Messieurs, et j'ai hâte de laisser la parole aux rapporteurs que vous avez encore à entendre. J'aborde donc une dernière question, celle de la situation faite aux syndicats médicaux par l'arrêt de la cour de cassation qui, confirmant les jugements de Domfront et de Caen, n'a pas admis que la loi du 21 mars 1884, sur les Associations professionnelles, fût applicable aux personnes exerçant des professions libérales, et, par conséquent, aux membres du corps médical.

©BIU Santé

Une pareille décision pouvait-elle prévue ?

Oui, si l'on s'en rapportait à un certain courant d'opinion, régnant au Palais, d'après lequel les membres des professions libérales et les médecins en particulier, n'auraient pas d'intérêts économiques communs à discuter et à défendre ;

Non, si l'on mettait sa confiance dans le texte même des principaux articles de la loi, dans l'esprit de libéralisme général qui s'était nettement manifesté, au cours de la discussion, notamment par l'organe de l'honorable rapporteur devant le Sénat, et, après le vote définitif de la loi, dans la circulaire du ministre de l'intérieur, en date du 25 août 1884, destinée à en diriger l'application.

L'arrêt de la cour suprême, adoptant, dans l'espèce qui lui était soumise, une interprétation restrictive des droits concédés par la nouvelle loi, a soulevé de justes protestations de la part des syndicats médicaux.

Quelle devait être, dans cette circonstance, l'attitude de l'Association, et plus particulièrement celle de son conseil général ?

Le conseil a pensé qu'il devait se conformer strictement aux décisions prises, il y a un an, par votre dernière Assemblée générale, à la suite de l'enquête approfondie et impartiale faite auprès de toutes les Sociétés locales, sur les rapports à établir entre ces Sociétés et les syndicats médicaux.

Vous vous rappelez, Messieurs, que ces décisions peuvent se résumer en peu de mots. Vous avez déclaré qu'entre l'Association et les Syndicats, il y avait lieu, à moins de circonstances particulières, d'observer des relations de bon voisinage, de confraternité bienveillante, d'entente cordiale, tout en maintenant l'indépendance des deux ordres de Sociétés.

Telle était la formule que le Conseil général devait scrupuleusement observer. Aussi c'est d'elle qu'il s'est inspiré lorsque l'honorable président de l'Union des Syndicats de France, M. le docteur Margueritte, qui est en même temps membre très dévoué de l'Association et vice-président d'une de nos Sociétés locales les plus importantes, celle de la Seine-Inférieure, l'a prié de se joindre à lui dans ses revendications auprès du Parlement.

Quelque regrettable que nous parût une jurisprudence judiciaire, qui, si elle se trouvait confirmée, aurait pour effet de priver le Corps médical d'avantages que l'on était autorisé à considérer comme octroyés à toutes les professions, sans exception, le Conseil a pensé que c'était à votre assemblée générale, seule, qu'il appartenait de décider de la conduite à suivre en pareille circonstance, et il a tenu à ce que la question restât entière et intacte, jusqu'au jour où toutes les Sociétés locales, réunies dans leurs grandes assises annuelles, seraient appelées à se prononcer.

Il a été d'autant plus encouragé à observer cette réserve que la question ne se présentait pas avec un caractère d'urgence immédiate, et que, en raison des délais inséparables de la procédure parlementaire, un retard de quelques semaines, voire même de quelques mois, ne pouvait pas avoir d'inconvénient réel.

D'autre part, une décision prise par les délégués du Corps médical, réunis de tous les points du territoire français, ne pouvait manquer d'avoir, aux yeux des Chambres, une autorité beaucoup plus grande qu'une démarche faite par un groupe restreint de ses représentants.

Voilà, Messieurs, tels que nous les avons fait connaître dès le début, et que nous vous les exposons de nouveau, les motifs de notre attente. Le Conseil n'hésite jamais à résoudre lui-même les questions particulières qui lui sont soumises ; mais c'est toujours aux assemblées générales qu'il laisse le soin de se prononcer sur les questions de principe qui touchent aux intérêts généraux de la profession ; aussi a-t-il été unanime à penser que, dans le cas actuel, il était de son devoir de vous laisser la parole. Il a le ferme espoir que vous ne le désapprouverez pas.

Mais, en même temps, il a voulu que l'attention de toutes les Sociétés locales fût appelée sur cette question, et, dans sa circulaire du 12 janvier 1886, il les a invitées à profiter de la réunion extraordinaire du 18 mars, spécialement consacrée à l'élection présidentielle, pour arrêter leur opinion à cet égard, et indiquer à leurs délégués le sens dans lequel ils auraient à voter.

Pour compléter les renseignements que le Conseil est à même de vous fournir sur cette importante question, je dois vous dire encore que la Chambre des députés en est déjà saisie. Le 5 février dernier, M. le docteur Dupuy, député de l'Aisne, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de l'Association générale et du Concours médical, a déposé un projet d'article additionnel ainsi conçu :

« Les dispositions de la loi du 21 mars 1884, sur les Syndicats professionnels, sont « applicables aux médecins; » puis, le 11 mars, il a présenté à la Chambre une pétition exprimant le même vœu, et signée par 1,373 médecins.

C'est à vous, maintenant, Messieurs, qu'il appartient de décider ce que l'Association générale des médecins de France doit faire dans les conjonctures actuelles. Beaucoup de Sociétés, du reste, ont déjà fait connaître leurs désirs en exprimant le vœu que le Corps médical ne reste pas privé des attributions qui, depuis la nouvelle loi, constituent le droit commun des Associations professionnelles.

Si telle est l'opinion adoptée demain par la majorité de cette assemblée, nous serons prêts à lui soumettre un projet de pétition adressée au Sénat et à la Chambre des députés, dans le but d'obtenir que la loi du 21 mars 1884 soit rendue applicable à toutes les professions libérales. Cette formule, la plus large et la plus compréhensible possible, montrerait bien qu'il ne s'agirait nullement de réclamer un privilège, mais seulement de demander l'application d'un principe général, et nous pensons qu'à ce titre elle a droit aux préférences d'une assemblée animée, comme la nôtre, d'un véritable esprit de libéralisme.

Rapport de M. Horteloup, au nom de la commission des pensions viagères à délivrer en 1886 :

Messieurs,

L'année 1886 devra, dans l'Association des médecins de France, être marquée d'une croix blanche ; car vous avez tous appris avec une légitime satisfaction le taux élevé que viennent d'atteindre nos pensions viagères.

Comme vient de vous le dire notre sympathique secrétaire général, longtemps on a fait briller, à nos yeux, ce chiffre comme un maximum difficile à atteindre, plus tard comme un chiffre exceptionnel qu'on ne pouvait accorder que dans des cas particuliers ; à partir de 1886, ainsi qu'on vous l'a annoncé, la pension viagère de 600 francs est le taux uniforme de toutes les pensions que vous accorderez. A nous, mes chers confrères, par nos dons à le faire considérer d'ici à peu de temps comme un minimum.

Nous avons reçu, des Sociétés locales, dix demandes de pension, sept docteurs, trois officiers de santé, votre commission a pu faire accueil à toutes.

Je ne vous passerai pas en revue les tristes conditions qui ont motivé les propositions ; elles se résument presque toutes par ces mots : Dénuement, infirmités rendant presque impossible l'exercice de la médecine.

Le plus jeune de vos futurs pensionnés a cinquante-huit ans ; il a huit enfants : l'aîné est médecin-major au Tonkin ; le second, bachelier ès lettres, faute d'argent pour commencer une carrière, a été obligé de s'engager, deux filles ont leur brevet supérieur, mais il reste encore quatre enfants à soutenir, et la maladie, hypertrophie du cœur, rhumatisme généralisé rend toute clientèle impossible.

Le plus âgé a 86 ans ; pendant onze ans, il a été président de sa Société locale ; il avait, à force de travail, mis de l'argent de côté, mais un désastre financier a tout englouti, non seulement toutes ses économies, mais celles d'un frère et d'une sœur. Sans se préoccuper de son grand âge, il les a pris chez lui et aujourd'hui la surdité est arrivée, la vue est presque complètement perdue et il peut à peine marcher.

En vous citant le premier et le dernier de la liste que nous vous proposons, j'ai voulu vous donner la preuve que vos pensions seraient bien placées.

Actuellement, le nombre des pensions est de 57.

22	à	600 fr.
17	à	500 fr.
5	à	400 fr.
13	à	300 fr.

©BIU Santé

Si vous acceptez les dix nouvelles pensions que votre commission vous propose, ce nombre sera porté à 67, et, comme toutes les pensions devront être de 600 francs, nous vous proposerons de voter

17	augmentations	de 100 fr.
5	»	de 200 fr.
13	»	de 300 fr.

Nous paierons plus de 40,000 francs de pensions qui seront garantis par un capital de près de 1 million, déposé à la Caisse des dépôts et consignations.

Nous pouvons, messieurs, considérer avec orgueil le résultat obtenu, car pas une seule Société de prévoyance et de secours mutuels ne donne des pensions de cette importance. La Société de prévoyance des auteurs dramatiques, qui approche le plus de ce chiffre, ne présente pas le caractère essentiel de la mutualité, car ses revenus ne s'obtiennent pas par des cotisations personnelles, mais par un prélèvement sur des recettes d'un tout autre ordre.

Ce qui donne à notre association le caractère bien net et bien vrai de la mutualité confraternelle, c'est que nous ne devons rien à la charité.

Notre fortune s'est faite, non par des quêtes, par des loteries ou par la souscription de membres honoraires, mais bien par nous, par nos cotisations, par notre économie, par des gracieusetés confraternelles et, si dans la liste de nos bienfaiteurs il se trouve quelques noms étrangers à la profession, vous pouvez être certains qu'ils ont voulu payer une dette de reconnaissance.

Aussi pouvons-nous facilement réfuter l'objection qui veut donner à nos pensions le caractère d'une aumône. M. Durand-Fardel, dans le remarquable rapport qu'il vous a présenté l'année dernière sur les pensions viagères, vous a entretenus des Sociétés qui, s'appuyant sur cette fausse théorie, se sont fondées pour instituer les pensions de retraite de droit et, il y a peu de jours encore, nous avons pu lire un nouveau projet. Il suffit de jeter les yeux sur les cotisations nécessaires à l'organisation de ces Caisses de retraite pour pouvoir affirmer qu'elles ne sont pas à la portée de tous ; c'est l'assurance du riche, du médecin arrivé et non pas celle du jeune médecin, du débutant qui gagne, jour par jour, l'argent nécessaire. Peut-être réussiront-elles, surtout après les sérieux efforts qui ont été faits particulièrement par nos collègues de la Gironde, mais on pourra toujours dire que leur utilité n'était pas indispensable, car il existe, officiellement, une Caisse de pensions de retraite qui offre des avantages et des garanties que réaliseront difficilement les institutions particulières.

Mais, sans se placer à ce point de vue, quelle cruelle ironie dans l'emploi de ces pensions de droit ! l'un l'attend pour manger, l'autre, pour payer une futile dépense.

A cela, on répond qu'on est toujours libre d'abandonner sa pension, mais c'est alors que la pension devient une véritable aumône, car il faut bien se rappeler que ce qui caractérise l'aumône, c'est lorsque l'argent avec lequel on fait le bien a été obtenu par un appel fait à la charité ; dans l'Association des médécins, rien de semblable, le million, qui forme la Caisse des pensions viagères, est le produit de vos souscriptions, c'est vous seuls qui l'avez amassé.

Rien n'est plus difficile que le fonctionnement des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels ; il suffit de parcourir les procès-verbaux du Congrès scientifique international des institutions de prévoyance pour se rendre compte des difficultés qu'il y a à résoudre. Aussi ne saurait-on trop apprécier le règlement de notre Association, qui peut être considéré, de l'avis des hommes compétents, comme la Société se rapprochant le plus des vrais principes de l'assurance mutuelle.

Tout n'y est pas parfait, je le reconnais volontiers ; la faute n'en est pas à nos fondateurs, mais bien à des lois restrictives.

Dans un ouvrage sur les Sociétés de secours mutuels, un des hommes dont le nom fait autorité dans cette délicate matière, cherchant les conditions qui permettront à ces Sociétés de sortir de leur situation inférieure, a écrit que « le jour où les Sociétés de secours mutuels seront parvenues à étendre leur sphère d'action, à former un immense réseau pouvant embrasser tous les travailleurs du pays ; le jour où les relations de ces

Sociétés entre elles seront établies et où le sociétaire aura la possibilité de trouver dans un département, dans une ville éloignée, l'aide et la protection qu'il recevrait de la Société dont il est membre; le jour enfin où les secours en cas de maladie ne seront qu'un des objets poursuivis par les Sociétés mutuelles et où l'instruction professionnelle pourra entrer dans leur programme, de ce jour-là datera, pour le travailleur, une ère réellement féconde. »

En prenant l'expression d'instruction professionnelle dans le sens élevé de moralité dans l'art, dignité dans la profession, vous voyez, Messieurs, que ces vœux, que le savant écrivain regarde comme seuls capables d'assurer l'avenir des Sociétés de secours mutuels, ont été réalisés par nos fondateurs.

Grâce à eux, le médecin de l'armée, le médecin de la marine, le médecin perdu au fond d'un département où, trop souvent, il ne trouve ni profit ni honneur, mais qui reste à son poste par le sentiment de dévouement qui est le plus beau titre de notre profession, ceux-là savent qu'ils ne sont plus isolés et qu'ils trouveront, dans notre Association, assistance et secours, s'ils en ont besoin.

Mais pour réunir, dans une grande famille, tous les médecins de la France, il fallait leur donner un but utilitaire à remplir, et on peut dire, sans crainte d'être démenti, que la fondation de la Caisse des pensions viagères a été l'idée vivifiante de la prospérité de l'Association.

L'idée est, aujourd'hui, largement réalisée, puisque vous pouvez accorder toutes les pensions viagères demandées par les Sociétés locales, et qu'à partir de 1886, le taux des pensions est parvenu à un chiffre que, dans nos prévisions, nous ne pouvions pas encore espérer d'atteindre. C'est à nous, Messieurs, comme je vous le disais en commençant, de le faire considérer d'ici à peu de temps comme un minimum; aussi ne saurai-je trop vous rappeler les paroles que vous ont déjà fait entendre plusieurs de vos rapporteurs; l'un vous demandait s'il ne serait pas préférable que la plus grande partie du capital immobilisé dans les caisses des Sociétés locales vînt se transporter dans le capital immédiatement utilisé de l'Association générale, en vous disant : la Caisse des pensions est l'unique port de salut de nos déshérités, mais il faut l'enrichir, et l'afférent naturel, le contribuable par excellence, c'est l'Association départementale.

Je confie ces conseils à vos réflexions, à votre jugement, bien persuadé que vous, Messieurs les délégués, vous les appuierez de toute votre haute influence dans vos Sociétés et que nous verrons rapidement nos pensions parvenir au chiffre indiqué dans nos statuts.

Ce jour-là seulement, notre dévoué et si modeste trésorier, M. Brun, voudra peut-être bien regarder avec fierté la grande œuvre dont il aura, par sa merveilleuse gestion, assuré la fortune; mais à ceux qui savent la part immense qu'il a prise à l'idée de la création de cette Caisse des pensions viagères, l'énergie avec laquelle il l'a défendue au milieu des difficultés de tout genre, il leur permettra de lui exprimer déjà toute leur reconnaissance et de lui dire que, jamais, ils n'ont mieux compris combien est vraie cette belle maxime du moraliste : « Les grandes pensées jaillissent du cœur. »

Rapport de M. PASSANT, membre du Conseil général :

. . . . . .

Vous voyez, Messieurs, que les opinions sont très partagées. La plupart des Sociétés veulent que le secret médical soit, en toutes circonstances, strictement observé. D'autres demandent qu'une législation nouvelle lève leurs scrupules. Un certain nombre accepte une sorte de *modus vivendi* paraissant ménager toutes les susceptibilités et répondre suffisamment aux besoins de la statistique, de la science et de l'hygiène publique.

Cette divergence d'opinions est bien compréhensible quand on songe qu'aucune des Sociétés que nous venons d'énumérer ne possède de bureau d'hygiène et que ses membres se trouvent souvent hésitants et préoccupés. Si nous n'observions que ce qui se passe dans les villes où cette institution existe, nous n'aurions pas eu à constater des vues aussi dissemblables. Partout, en effet, où des bureaux sont établis, nous n'avons pu découvrir un seul cas dans lequel un médecin ait été accusé, même en dehors de

©BIU Santé

toute poursuite judiciaire, de violation du secret professionnel, à l'occasion de la délivrance d'un certificat de décès précisant les causes de la mort.

Nous devons donc, si nous voulons faire avancer la question, chercher pour les petites localités une combinaison qui se rapproche de celle dont nous jouissons à Paris et imiter l'Académie de médecine qui, en 1879, justement préoccupée des inconvénients qui pouvaient résulter pour le médecin de l'inobservation de l'art. 378, en matière de déclaration de décès, a adopté la conduite mise en usage à Paris, et dont la stricte observation met la conscience des médecins parfaitement en repos.

Partisans convaincus de l'observation scrupuleuse du secret médical, nous croyons qu'à côté des droits sacré des familles qui ont recours à nos lumières, comme à côté des prescriptions formelles que le législateur a inscrites dans nos codes, il y a les exigences de la médecine générale, il y a les intérêts sociaux; nous devons à la statistique bien des améliorations, bien des progrès, et il n'est pas étonnant que bien des préoccupations de cet ordre se soient présentées à beaucoup d'esprits.

Est-il possible, dans l'état actuel de notre législation, d'obtenir une bonne statistiques des causes de décès, tout en permettant au médecin de garder le secret qu'il doit aux familles et que la loi lui impose?

Nous le croyons fermement, grâce à une méthode à laquelle nous avons songé et que nous trouvons simple et pratique. Avant de vous l'exposer, il serait peut-être utile de vous parler des différentes combinaisons qui ont été proposées en vue d'une conciliation. Nous les passerons cependant sous silence, à l'exception d'une, qui peut séduire, parce qu'elle émane d'un esprit éminemment pratique et judicieux, et qu'elle se rapproche beaucoup de celle que nous avons nous-même conçue. Je veux parler de la combinaison que l'honorable docteur Barat-Dulaurier a soumise au syndicat de Coutras, le 5 décembre dernier :

« Dans chaque département, dit-il, où cette institution n'existe pas, il sera créé un « *Bureau de statistique* des causes de décès. Des médecins seuls pourront être placés à « la tête de ce service. Dès qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la « commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à » remplir. Le bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, profession, état « civil du décédé, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité, etc. »

Mais il est temps de vous exposer notre projet.

Pour résoudre cette question et ménager les intérêts de la statistique, en même temps que les intérêts du public et des médecins, n'espérant pas qu'une loi nouvelle qui se ferait longtemps attendre (si elle aboutit jamais), vienne à dissiper les appréhensions de certains de nos confrères, nous avons songé à utiliser une institution, datant de 1848, et bien connue de tous; nous voulons parler des Conseils d'hygiène centraux et d'arrondissements. Nous les préférons aux bureaux d'hygiène parce qu'ils existent et qu'il est facile d'étendre leurs attributions sans entraîner le budget dans une dépense sérieuse. Nous allons plus loin; en vous faisant cette proposition, nous leur restituons une partie de leurs prérogatives. L'art. 10 du décret du 18 décembre 1848 est ainsi conçu : « Les Conseils d'hygiène publique d'arrondissement réuniront et coordonneront « les documents relatifs à la mortalité et à ses causes; à la topographie et à la statis- « tique de l'arrondissement, en ce qui touche la salubrité publique. Il adresseront « régulièrement ces pièces au préfet, qui en transmettra une copie au ministre du « commerce. »

Les bureaux d'hygiène sont à créer, et il faudrait de grands efforts et de grandes dépenses pour obtenir de l'Etat qu'il en dotât chacun de nos départements. Nous savons bien que bon nombre de Conseils d'hygiène sont dans le marasme; ce serait une excellente occasion de les sortir de leur torpeur, de leur donner une vitalité réelle, en leur restituant un aliment qui leur appartient et ferait bien mieux comprendre leur but et leur raison d'être. De même que les bureaux d'hygiène, ils possèdent des médecins dépositaires, comme le médecin traitant, du secret professionnel, et par conséquent à l'abri de tout soupçon d'indiscrétion. Nous pourrions, semblablement, mettre à contribution les Commissions cantonales d'hygiène, mais, comme elles n'existent que dans un petit nombre de départements, nous les passerons sous silence.

Cette base étant admise, voici comment nous formulerions notre projet :

1° Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, état civil du décédé, c'est-à-dire s'il est célibataire, varié ou veuf, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt.

2° Le bulletin sera remis au maire sous enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département.

3° Le maire sera chargé de transmettre sur-le-champ au président du Conseil d'hygiène de l'arrondissement, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé.

4° Tous les trois mois, le médecin du Conseil d'hygiène, chargé de ce service, procédera au dépouillement des documents qui lui auront été transmis et les fera adresser, aussi par voie administrative, à son collègue du Conseil d'hygiène siégeant au chef-lieu du département où ils seront centralisés.

Vous verrez, je l'espère, Messieurs, que ce système a l'avantage de mettre entièrement à couvert la responsabilité du médecin. Il fait connaître des maladies et non des malades. Il est impossible, dès lors, que le médecin, dont le nom ne paraît nulle part, soit inculpé de révélation de secrets professionnels, et, si le procédé que nous préconisons était appliqué, les statisticiens auraient à leur disposition des éléments d'étude d'une importance et d'une valeur indiscutables.

Rapport de M. DE RANSE, membre du Conseil général :

MESSIEURS,

. . . . . .

Est-ce à dire que tout soit pour le mieux dans notre profession et qu'il n'y ait rien à retenir de ce grand mouvement d'opinion produit par la louable tentative de MM. Surmay et Mougeot ? Loin de là ; et si nos deux honorables confrères n'ont pas la satisfaction de voir leur projet adopté, ils auront certainement celle, bien légitime et bien méritée, d'avoir contribué, par leur chaude et persévérante initiative, à secouer notre torpeur et à introduire dans notre vie professionnelle les améliorations en rapport avec les moyens dont nous disposons.

Si vous le voulez bien, Messieurs, n'oublions pas que nous sommes médecins ; rappelons-nous que, dans les endémies sociales, la prophylaxie est d'une application plus facile et plus sûre que la thérapeutique, et demandons-nous quelle est la cause principale du mal dont nous souffrons.

On ne tombe pas, par suite d'une longue préméditation, dans l'indignité professionnelle et le charlatanisme. L'élève en médecine, sur les bancs des amphithéâtres ou dans les salles d'hôpital, ne rêve pas aux moyens plus ou moins illicites qu'il pourra employer plus tard pour forcer la clientèle, et la vérité est que, le jour où ils obtiennent leur diplôme, les jeunes docteurs sont tous animés de sentiments d'une parfaite honorabilité. Le moment des hésitations, des luttes avec la conscience, des défaillances, ne survient que lorsque les illusions se perdent et qu'on se trouve aux prises avec les difficultés de la vie. Et alors deux causes interviennent, non pour excuser, mais pour expliquer les compromis d'abord, puis la chute morale : l'isolement et la misère.

De ces deux facteurs, l'un précède et entraîne souvent l'autre : j'ai nommé l'isolement C'est donc le premier qu'il s'agit de combattre et nous avons en nos mains une arme puissante : l'Association.

Le Congrès de 1845, auquel on remonte toujours quand il s'agit de nos intérêts professionnels, l'avait compris ainsi. A côté de la neuvième Commission, dont Cerise était le rapporteur et dont vous connaissez les conclusions relatives à l'institution des Conseils de discipline, il y en avait une autre, la douzième, chargée d'étudier la question des Associations. Sur le rapport de Camille Bernard, et après une discussion à laquelle prirent part Tardieu, Malgaigne, Buignet, Clausade et Rigal, la Commission vota les conclusions suivantes :

« Le Congrès médical émet le vœu que des Associations médicales libres soient for-

©BIU Santé

mées dans toute la France, dans la certitude qu'il a que ces Associations seront des plus utiles, tant sous le rapport de la dignité que sous celui des intérêts professionnels, en même temps qu'elles permettront au corps médical d'étudier d'une manière encore plus approfondie les documents relatifs à l'organisation définitive de l'exercice de la médecine en France.

« Ces Associations libres seront reliées entre elles et auront un centre séant à Paris. »

Si la réalisation d'un programme est propre à en démontrer l'heureuse conception et l'utillté pratique, je vous ferai remarquer qu'en ce moment encore nous discutons, pour le combattre, celui de la neuvième Commission, tandis que nous sommes au vingt-septième anniversaire de l'Association fondée d'après le programme de la douzième. A ce point de vue donc le principe d'Associations libres l'emporte sur celui d'un Ordre des médecins.

Et quand je parle ici d'Associations, je n'entends nullement les limiter à celles qui sont affiliées à l'Association générale ; je donne à ce mot l'extension la plus large, et comprends au même titre les Associations scientifiques et les Associations professionnelles, quel que soit le nom des unes ou des autres, Sociétés médicales, Syndicats médicaux, Caisse de pensions de retraite du corps médical, Sociétés de déontologie, etc. Toutes ces Associations, en définitive, émanent du même principe ; par leur multiplication et leur extension, elles tendent à diminuer de plus en plus le nombre des isolés ; par leur soin jaloux à n'admettre dans leur sein et à ne conserver parmi leurs membres que des médecins honorables, elles contribuent également à la moralisation de la profession. Permettez-moi, Messieurs, d'insister sur ce point, mis en doute par quelques-uns, et de montrer comment il peut être atteint.

Nous avons vu l'Ordre des médecins prendre le jeune docteur au lendemain de l'obtention de son diplôme, l'inscrire d'office sur la liste d'une Chambre médicale, et, pour lui inspirer des idées saines et morales, mettre sous ses yeux le code disciplinaire dans lequel on puisera tel châtiment qui lui sera appliqué, s'il vient à faillir.

L'Asssociation procède autrement. A peine le jeune homme a-t-il pris sa première inscription, qu'elle lui ouvre les portes de l'Association générale des étudiants, où il fait l'apprentissage des droits et des devoirs, des charges et des avantages que crée l'Assistance naturelle. Pendant ce temps, différentes Sociétés scientifiques l'admettent dans leur sein et l'Association générale se préoccupe déjà de son avenir. Elle émet des vœux pour que, par un enseignement spécial, le jeune praticien, au sortir de l'École, connaisse ses droits et ses devoirs professionnels ; à défaut de cet enseignement, elle prend elle-même, par l'organe de la Société de la Gironde, l'initiative d'élaborer un code de déontologie médicale.

Le jeune docteur tient son diplôme ; parfois une clientèle l'attend ; il n'a qu'à se rendre à ce poste tout désigné d'avance. Souvent il ne sait où aller planter sa tente et, entre des offres plus ou moins brillantes en apparence, plus ou moins décevantes en réalité, son choix hésite. L'Association vient à son aide et lui fournit sur tel poste, sur telle situation, des renseignements impartiaux et exacts. Si, une fois sa décision prise, il échoue dans un premier essai, l'Association lui fournit les moyens d'en tenter un second avec plus de succès. Entre temps, d'autres Sociétés ou Associations ouvrent leur porte au jeune praticien ; ici, c'est une Société scientifique à laquelle il apporte son contingent d'observations cliniques ; là, c'est un Syndicat, auquel il confie la défense de ses droits, s'ils viennent à être méconnus ; ailleurs, c'est une Association qui, en lui imposant des économies, lui assure une retraite honorable pour ses vieux jours. Et partout et toujours, dans ces réunions, accueilli avec bienveillance, entouré de sympathies, le jeune praticien, même privé de famille, n'est pas seul, isolé ; il se sent au contraire appuyé, soutenu, fort des amitiés qu'il a conçues et qu'il a su inspirer. Vienne alors l'heure des épreuves, des luttes intérieures, des découragements, des tentations, notre jeune confrère saura y résister par la crainte seule de perdre l'estime, la considération, l'amitié de ses pairs. Voilà, messieurs, une crainte autrement honorable, moralisatrice et féconde que la crainte du châtiment qui forme la base de l'Ordre des médecins.

© BIU Santé

Associons-nous donc pour poursuivre en commun des recherches scientifiques et enrichir la pratique de conquêtes nouvelles;

Associons-nous pour prévoir les jours d'épreuve et assurer à notre vieillesse la tranquillité des derniers jours;

Associons-nous pour faire respecter nos droits et défendre nos intérêts menacés;

Mais n'oublions pas qu'à côté et au-dessus des intérêts scientifiques et matériels se placent les intérêts moraux, et sachons sauvegarder ceux-ci en faisant de l'honorabilité et de la dignité professionnelles la première condition pour entrer et rester dans toutes nos Sociétés, dans toutes nos Associations;

Faisons d'ailleurs la propagande la plus active pour l'extension de l'Association sous toutes ses formes; peu à peu le nombre des indifférents diminuera, et, le jour où il sera établi que le titre de membre de telle Société, de telle Association, est un brevet d'honorabilité, il ne restera plus, en fait d'isolés, que les indignes. La scission entre eux et nous se sera faite ainsi sans lutte, sans conflit, sans intervention d'un code quelconque, par une sorte de sélection toute naturelle.

Conclusions. — Messieurs, comme conclusions de ce rapport, beaucoup trop long sans doute, j'ai l'honneur de soumettre au vote de l'Assemblée, au nom de la Commission et du Conseil général, les deux propositions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu de créer un Ordre des Médecins.

2° L'application du principe d'Association bien compris et soutenu par une active propagande suffit, avec la loi sur l'exercice de la médecine dont le Parlement est actuellement saisi, pour élever le niveau moral et défendre tous les intérêts de la profession.

Deuxième séance. — Lundi 3 mai 1886.

M. le professeur Gosselin a été nommé par acclamation Président d'honneur de l'Association.

Ont été réélus, pour cinq ans, membres du bureau : Vice-présidents : MM. Cazeneuve, Larrey, Ricord, Bouchacourt; secrétaire général : M. Foville; secrétaires : MM. Martineau et Blache; trésorier : M. Brun.

Ont été réélus pareillement membres du Conseil : MM. Cornil, Durand-Fardel, Le Roy de Méricourt, Pénard, Bergeron.

Ont été élus membres du Conseil : MM. Riant, L.-G. Richelot, Vidal.

L'assemblée, adoptant les propositions de la Commission des pensions, a voté pour 1886 dix pensions nouvelles de 600 francs (taux auquel ont été portées, cette année, toutes les pensions, actuellement au nombre de 67).

Les conclusions des rapports de MM. Passant et de Ranse ont été adoptées après discussion.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Grossesse sans signes. — Uréthrotomie interne. — Traitement du staphylome conique par l'excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée. — Étude expérimentale sur les fractures de la cavité glénoïde de l'omoplate. — Névralgie mammaire; ablation d'un lobule douloureux; guérison. — Présentation de malade : Ostéo-chondrome du crâne. — Rétrécissement spasmodique de l'uréthre.

M. Léon Le Fort communique l'observation d'une malade atteinte de fibrome utérin, et qui entra à l'hôpital Necker dans le but de se faire opérer de cette tumeur. Soupçonnant la possibilité d'une grossesse à cause de l'absence des règles depuis trois ou quatre mois, M. Le Fort examina la malade à ce point de vue avec la plus grande

©BIU Santé

attention. L'auscultation, la palpation, le toucher vaginal, pratiqués à plusieurs reprises, ne donnèrent que des résultats négatifs; plusieurs des collègues de M. Le Fort, à l'hôpital Necker, examinèrent également la malade sans plus de résultats. Ayant acquis ainsi la certitude de la non-existence d'une grossesse, M. Léon Le Fort se décida à pratiquer l'opération. Un dernier examen fut fait, à ce moment, par M. Le Fort et par ses collègues de l'hôpital Necker, qui étaient venus pour l'assister, et cet examen ne donna pas plus de résultats que les précédents. La malade fut alors endormie par le chloroforme.

Au moment où M. Le Fort prenait le bistouri pour inciser la paroi abdominale, un des chirurgiens assistants, M. le docteur Bazy, qui remplace en ce moment M. le docteur Guyon dans son service de l'hôpital Necker, ayant appliqué la main sur le ventre de la malade, s'écria : « Je sens les mouvements du fœtus! » M. Le Fort pense que, sous l'influence de la période d'excitation produite par le chloroforme, excitation transmise de la mère au fœtus, celui-ci s'était mis à manifester ses mouvements sans doute pour la première fois, car la mère déclarait n'avoir pas encore senti remuer.

M. Le Fort est porté à conclure de ce fait que, dans les cas où le chirurgien qui est appelé à pratiquer une opération sur une femme, doute si cette femme est enceinte, et alors que l'examen le plus minutieux n'a donné que des résultats négatifs, la chloroformisation pourrait, s'il y a grossesse, lever les doutes en provoquant les mouvements du fœtus.

M. Guéniot est d'avis que le chirurgien, dans les cas de grossesse incertaine, doit se faire une règle, si l'opération n'est pas urgente, de la remettre à un autre moment jusqu'à ce que ses doutes aient été définitivement dissipés. Un moyen, recommandé par un chirurgien anglais, consiste à rechercher avec une grande insistance la contractilité de l'utérus, qu'on finit toujours, en cas de grossesse, par éveiller à la suite de manipulations réitérées. Dans un cas où l'on craignait une grossesse extra-utérine, M. Guéniot a pu, par ce moyen, conclure à l'existence d'une grossesse naturelle, conclusion qui a été justifiée par l'événement.

M. Terrier partage entièrement l'avis de M. Guéniot et pense qu'il faut toujours attendre, en cas de doute.

M. Polaillon pense que M. Le Fort aurait pu s'éclairer au moyen du cathétérisme utérin.

M. Guéniot estime que le cathétérisme serait, en cas de grossesse, une faute grave, puisqu'il exposerait à l'avortement.

M. Polaillon répond que le cathétérisme utérin ne provoque pas l'avortement, quand il est pratiqué avec délicatesse; c'est d'ailleurs le meilleur moyen d'éclairer le diagnostic, quand il hésite entre un corps fibreux et une grossesse.

M. Trélat a observé dernièrement une malade qui lui avait été adressée par un confrère de la province. Cette malade avait une tumeur du ventre dont l'apparition avait coïncidé avec la suppression de la fonction menstruelle. Deux examens successifs faits à deux mois de distance ne permirent pas d'asseoir le diagnostic avec certitude; mais M. Trélat, se basant sur le fait de la coïncidence de l'apparition de la tumeur avec la cessation des règles, penchait du côté de la grossesse, et l'événement justifia cette hypothèse.

M. Le Fort trouve que la discussion a dévié un peu de son point de départ. Il ne s'agit pas, en effet, de la conduite à tenir en cas de doute, car la seule conduite, en ce cas, est d'attendre. S'il s'est décidé à opérer sa malade, c'est précisément parce qu'il n'avait aucun doute sur la non-existence d'une grossesse. Il a voulu simplement, en communiquant ce fait, appeler l'attention sur cette circonstance singulière que les mouvements du fœtus, qui n'avaient été éveillés ni par le toucher, ni par le palper, ni par aucun des divers modes d'examen réitérés cependant par plusieurs chirurgiens, ont été provoqués par la chloroformisation, sans doute au moment de la période d'excitation

qui précède le sommeil anesthésique. Il y a peut-être là un moyen auquel on pourrait avoir recours, le cas échéant.

— M. Kirmisson, à l'occasion de la communication faite par M. Le Dentu dans la dernière séance, croit devoir faire connaître une observation d'uréthrotomie interne qu'il a pratiquée à l'hôpital Necker sur un malade du service de M. Le Fort, que M. Kirmisson remplaçait pendant les dernières vacances. Ce malade, âgé de 46 ans, entra le 14 octobre 1885 à l'hôpital Necker. Il avait une rétention d'urine vainement traitée par le cathétérisme. Il n'urinait que par un jet filiforme, souvent interrompu, et le besoin d'uriner, jamais satisfait, revenait toutes les cinq minutes. Chaque fois l'urine expulsée contenait du sang et du pus.

M. Kirmisson, en examinant le malade avec attention, reconnut qu'il avait un premier rétrécissement à la région pénienne et un second rétrécissement au niveau du collet du bulbe. Il y avait, en outre une cystite et une néphrite du rein gauche. Il fut impossible de faire pénétrer l'explorateur. Un petite bougie filiforme put être introduite, mais elle ne put être supportée à cause de l'intolérance de la vessie. Une ponction aspiratrice de la vessie au-dessous de l'ombilic n'amena aucune amélioration; la vessie restait distendue jusqu'à l'ombilic et le malade ne pouvait expulser une seule goutte d'urine.

Dans ces conditions, le malade souffrant cruellement, ayant des accès quotidiens de fièvre urineuse et courant un danger de mort, M. Kirmisson crut devoir recourir à l'uréthrotomie interne. L'introduction de l'uréthrotome exigea de grandes précautions. A la suite, il fut possible de faire pénétrer dans la vessie une sonde n° 16 de la filière Charrière. Elle donna issue à une quantité considérable d'urine noire, fétide, ammoniacale. Plus de quatre litres de ce liquide furent ainsi expulsés en vingt-quatre heures. La température ne s'éleva qu'à 37,4 le soir de l'opération (21 octobre); mais, le 23, éclatait un nouvel accès de fièvre urineuse qui faisait monter le thermomètre à 40°. Dès le lendemain, toutefois, la température s'abaissait et revenait à la normale. Le cathétérisme et les lavages antiseptiques furent continués pendant un mois encore, et le malade sortit de l'hôpital le 23 novembre, ne rendant plus ni sang ni pus dans ses urines et exécutant la miction sans douleur.

Voilà donc un cas, où, après l'échec de tous les moyens employés, l'uréthrotomie interne, pratiquée à titre d'opération d'urgence et dans les conditions les plus mauvaises, a donné les meilleurs résultats.

Dans trois autres cas, l'uréthrotomie interne a été suivie de succès entre les mains de M. Kirmisson. Mais la dilatation progressive, suivant le procédé de M. Léon Le Fort, dans les cas ordinaires, reste toujours, pour M. Kirmisson, la méthode de choix dans le traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre.

M. Terrier a pratiqué onze opérations d'uréthrotomie interne en trois ans et il n'a eu que des succès, tandis qu'il a éprouvé un échec avec la dilatation progressive.

A la demande de M. Tillaux, la discussion sur l'uréthrotomie interne est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

— M. Terrier donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Galezowski intitulé : *Traitement du staphylome conique par l'excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée.*

M. le rapporteur déclare que « l'opération proposée par M. Galezowski dérive absolument de celle de M. Bader, qui lui est bien antérieure ; elle est peut-être plus efficace en ce sens que la résection de la cornée est plus étendue, mais elle doit courir les chances de déterminer un astigmatisme accusé, en outre de cicatrices plus accentuées. »

M. le rapporteur ajoute « qu'il est regrettable que, dans son court historique, M. Galezowski n'ait pas cru devoir signaler les recherches de M. Bader dont il avait entendu la communication au Congrès de Londres, le 1er août 1872. »

— M. Farabeuf fait un rapport sur un travail de M. le docteur Assaki, intitulé : *Etude expérimentale sur les fractures de la cavité glénoïde de l'omoplate.*

©BIU Santé

M. Marc Sée trouve les résultats de M. Assaki fort intéressants et obtenus par une méthode très ingénieuse, mais il ne saurait admettre que ces résultats obtenus à la suite d'expériences sur le cadavre puissent s'appliquer sans réserves à la pathologie de l'homme vivant.

— M. le docteur Routier lit une observation de névralgie mammaire datant d'un an et dont la guérison a été obtenue par l'extirpation d'un lobule douloureux de la glande. (Comm. M. Terrillon.)

— M. le docteur Crimail (de Pontoise) présente un malade atteint d'une tumeur occupant la région fronto-pariétale gauche et ayant une consistance osseuse.

— M. le docteur Delorme lit une observation de rétrécissement spasmodique du canal de l'urèthre, chez un individu hystérique. — A. T.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hervé de Lavaur, médecin du ministère des affaires étrangères.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Habert, maire et conseiller général de Colombey-les-Belles (Meurthe-et-Moselle), décédé dans sa cinquantième année.

École de pharmacie. — A la suite des troubles qui ont marqué la réouverture du cours de M. Chatin, l'avis suivant a été affiché sur les murs de l'Ecole de pharmacie :

Par arrêté en date du 13 mai 1886 et par application de l'article 44 du décret du 28 décembre 1885, M le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a fermé temporairement l'Ecole supérieure de pharmacie.

Aux termes de l'article précité, pendant la durée de la fermeture, tous les actes relatifs aux études et aux examens sont suspendus et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions ni subir d'examen dans aucune autre Faculté ou École.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Fleury (d'Ailly-sur-Noye) et Lemaître (de Moreuil).

Conférences de clinique de l'hôpital Bichat. — Dimanche prochain 23 mai, à neuf heures et demie précises, M. le docteur A. Hénocque fera une conférence et des démonstrations sur la *spectroscopie appliquée à la clinique et à l'examen du sang*.

Exposition d'hygiène urbaine. — Les conférences ci-après seront faites à l'Exposition d'hygiène urbaine, caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville, à huit heures un quart du soir.

Mardi 18 mai. — M. le docteur Gariel, « l'Eclairage au point de vue de l'hygiène ».

Jeudi 20 mai. — M. Beghmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées, « le Service des eaux à Paris ».

Samedi 22 mai. — M. le docteur Napias, « l'Hygiène à l'école ».

Les capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre ; elles sont de la grosseur d'une pilule ordinaire et contiennent chacune cinq centigrammes de créosote et vingt-cinq centigrammes d'huile de foie de morue. A la dose de 6 à 8 capsules par jour, elles donnent d'excellents résultats et sont bien supportées par tous les malades.

Le Vin Durand diastasé convient d'une façon toute spéciale comme tonique et digestif aux vieillards, aux femmes et aux enfants. Il est toujours toléré par les estomacs les plus délicats.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Verneuil : Note pour servir à l'histoire de la stupeur locale. — II. L'Epidémie cholérique de 1885. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Note pour servir à l'histoire de la stupeur locale,

Par M. le professeur Verneuil.

Les auteurs du commencement de ce siècle ont décrit sous ce nom un état particulier des tissus se montrant surtout à la suite de pressions et de contusions violentes, et dans lequel, la circulation, l'innervation et la calorification se trouvant plus ou moins suspendues ou temporairement abolies, la mortification des organes atteints semble imminente.

J'ai plusieurs fois déjà observé l'état en question avec tous ses caractères, mais deux fois seulement j'ai pris des notes sur ces phénomènes. Comme il me paraît que ces faits sont rares et qu'une certaine obscurité règne encore sur leur étiologie, leur pathogénie et leur traitement, je crois bon de les faire connaître (1).

J'y ai fait allusion déjà en 1876, dans l'article Commotion du *Dictionnaire encyclopédique*.

« Dans plusieurs cas de stupeur locale des membres, disais-je, j'ai observé l'abolition simultanée de la circulation et de la calorification, de la sensibilité et du mouvement; on aurait pu croire que les nerfs, ainsi que les gros vaisseaux, étaient rompus quand ils n'étaient, en réalité, que comprimés par un épanchement sanguin logé dans les interstices conjonctifs. La résorption de l'épanchement, parfois aussi quelques débridements, faisaient renaître rapidement les fonctions, qui n'étaient que suspendues. »

J'ai donné un résumé de l'un de ces faits dans mon mémoire sur la désarticulation de l'épaule (2).

« Un adulte tombe sous une voiture; le bras droit est écrasé; le fémur du même côté est fracturé sans plaie, la jambe gauche violemment contusionnée. Mon collègue et ami Tarnier, appelé pendant la nuit, désarticule l'épaule. Dès le lendemain, la jambe gauche, énormément tuméfiée, devient froide, insensible, et présente les signes de la lésion connue sous le nom de stupeur locale, état précurseur de la gangrène traumatique. Le troisième jour, sans que la plaie chirurgicale de l'épaule soit devenue le siège d'un accident quelconque, la mort survient, évidemment causée par le sphacèle de la jambe. »

Or, les derniers mots de cette note renferment une grosse erreur. Au lieu de *sphacèle*, il faut lire simplement *lésion*, et, en somme, dire, conformément à la réalité, que la mort a été due principalement à la blessure de la jambe gauche.

En effet, voici ce qui s'est passé. Soupçonnant que la suppression des phénomènes vitaux dans la jambe pouvait être due à la compression exercée par l'épanchement sanguin profond sur les gros troncs vasculaires et nerveux du membre, je pratiquai des débridements multiples parallèle-

(1) Nous serions très reconnaissants à ceux de nos confrères qui auraient observé des cas de ce genre de vouloir bien nous les communiquer.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1873, VIe série, t. XXII, et *Mémoires de chir.*, t. II, p. 330.

©BIU Santé

ment à l'axe du membre, et comprenant la peau et l'aponévrose; en un mot, le drainage excepté, j'opérai exactement comme dans le cas récent dont on lira dans un instant la relation. Mon hypothèse était si bien fondée que la sensibilité, le mouvement et la chaleur reparurent dans la jambe blessée quelques heures après les débridements.

Malheureusement, le patient était atteint de traumas multiples graves, tels qu'un écrasement du bras suivi de désarticulation de l'épaule et une fracture de la cuisse. De plus, nous étions en 1873, époque où l'antisepsie n'était pas faite comme à présent; de sorte qu'une inflammation diffuse se développa dans la profondeur de la jambe débridée et contribua pour une large part à la terminaison funeste.

Malgré cet insuccès, l'impression laissée dans mon esprit fut que les épanchements profonds sans plaie dans un membre comme la jambe, muni d'une aponévrose résistante, pouvaient suspendre mécaniquement la circulation et l'innervation; d'où l'indication d'évacuer le sang épanché pour libérer les vaisseaux et les nerfs. C'est une nouvelle application de cette théorie que j'ai faite onze ans plus tard avec un plein succès dans le cas suivant :

Contusion violente de la jambe; stupeur locale; épanchement sanguin profond comprimant les nerfs et les vaisseaux du membre; débridements multiples; cessation rapide des troubles de la circulation et de l'innervation. — *Guérison.* — Astruit, 35 ans, taille moyenne, forte constitution, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, 23, le 28 octobre 1883. Étant en état d'ivresse, il est tombé sous une voiture pesamment chargée, dont la roue passe obliquement sur la partie moyenne de la jambe droite.

Six heures après, on constate un gonflement considérable de ce membre avec large ecchymose; la peau n'est pas déchirée, mais seulement violacée et fortement distendue. Les os ne sont pas fracturés. La jambe présente dans toute son étendue une consistance extrême et un refroidissement appréciable même à la main; on ne sent pas les tibiales, ni les pédieuses; les orteils sont insensibles, et le blessé accuse une sensation d'engourdissement qui équivaut presque à une paralysie complète. En effet, les mouvements volontaires du pied et des orteils sont abolis et l'exploration de la sensibilité cutanée, avec l'épingle enfoncée même à une certaine profondeur, est tout à fait négative; l'abaissement de température s'étend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

M. Redard, qui était alors mon chef de clinique, et faisait des recherches sur la thermométrie chirurgicale, releva avec beaucoup de soin les températures locales des deux membres à l'aide de son appareil thermo-électrique, et dressa, six heures après l'accident, le tableau suivant :

	Côté blessé	Côté sain	Différence
Pied et orteils.....	27°6	29°	1°4
Tiers inférieur de la jambe....	27°6	29°	1°4
Partie moyenne et postérieure (au niveau de l'ecchymose)...	26°	31°1	5°1
Partie interne de la jambe....	25°	31°1	6°2
Tiers inférieur de la cuisse....	27°	31°5	4°2

Température axillaire, 38°2; température rectale, 38°8.

En résumé, abaissement de la température locale, très marqué surtout au niveau de la partie moyenne de la jambe, dans les points fortement ecchymosés (5° en moyenne).

En présence de ces symptômes, je diagnostique un épanchement sanguin profond consécutif à la rupture de quelque gros vaisseau artériel ou veineux, et je soupçonne que le sang épanché dans les interstices musculaires

©BIU Santé

et sous la peau épaisse et intacte, exerce sur les tissus vasculaires et nerveux une compression capable de produire l'ischémie, l'abolition des fonctions nerveuses et la menace de sphacèle, c'est-à-dire l'état connu sous le nom de stupeur locale.

Partant de cette hypothèse, je pratique en dedans, un peu eu arrière du bord postérieur et interne du tibia, en dehors, au niveau du péroné, en arrière enfin, vers la ligne médiane, sur le tiers moyen de la jambe et parallèlement à son axe, trois incisions de 15 à 16 centimètres, comprenant la peau, l'aponévrose d'enveloppe et allant en dedans et en dehors jusqu'aux plans musculaires, ou, pour parler plus exactement, jusqu'à l'interstice séparant le soléaire des muscles de la couche profonde.

Ces débridements donnent immédiatement issue à une quantité notable de sérosité sanguinolente, puis à une quantité plus grande encore de sang noir fluide ou à demi-coagulé qui était accumulé sous le plan et plus particulièrement dans les interstices musculaires. J'estime à 500 grammes au moins la quantité de liquide que je puis ainsi extraire du premier coup.

J'étais prêt, si une hémorrhagie s'était déclarée à ce moment, à chercher le vaisseau et à lier les deux bouts; mais je ne vis que du sang noir; en conséquence, je passai transversalement trois drains : un sous la peau du mollet et deux autres à travers le membre dans l'espace sous-soléaire.

Puis, les plaies lavées soigneusement et libéralement avec la solution phéniquée forte, j'appliquai un pansement ouaté en laissant à découvert les orteils pour me permettre de surveiller la circulation et l'innervation. Il est presque inutile de dire que si le lendemain le sphacèle du membre s'était confirmé, j'aurais immédiatement pratiqué l'amputation de la cuisse.

Le soir, la sensibilité est revenue aux orteils, qui, de plus, offrent à la palpation une chaleur assez marquée.

La température axillaire est à 38°.

Le lendemain matin, 19 octobre, le pansement ayant été traversé par le sang, est enlevé et renouvelé.

La température locale a subi les changements suivants :

	Côté blessé	Côté sain	Différence
Au gros orteil (le thermomètre est placé entre le 1er et le 2e orteils)	36°8	36°2	0°6
Tiers inférieur de la jambe.....	34°4	34°2	0°2
Partie moyenne de la jambe ...	35°	34°2	0°8
Au tiers supérieur de la jambe..	35°	34°	1°
Tiers inférieur de la cuisse.....	34°	34°	0°

Donc la température locale du côté blessé, précédemment très abaissée, est en moyenne plus élevée de 8 dixièmes de degré que celle du côté sain.

La circulation paraît entièrement rétablie; le malade peut également remuer les orteils. La peau distendue et menacée de sphacèle a recouvré ses caractères normaux.

Le 20 octobre, les plaies sont béantes et remplies de sang; la suppuration commence; le membre est enveloppé de compresses phéniquées renouvelées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Température axillaire, 38°8.

	Côté blessé	Côté sain	Différence
Température locale, partie moyenne de la cuisse	35°9	35°2	0°7
Jambe au niveau des plaies.....	36°2	35°	1°2

Le soir, température axillaire, 39°2.

Le 21, la vitalité du membre est assurée et l'état général n'est pas mauvais; cependant la température reste élevée; il y a évidemment septicémie prononcée, bien que

©BIU Santé

les plaies soient bien ouvertes et que les drains fonctionnent convenablement. On ajoute, à l'emploi des compresses phéniquées, la pulvérisation pratiquée deux fois par jour pendant une demi-heure. La jambe dégonfle et les bords des incisions latérales se détergent ; le pus a bon aspect.

Cependant le 22 et le 23 la température du soir est encore à 39°5. En cherchant les causes de cette persistance de la fièvre, alors que l'état local est satisfaisant, je m'aperçois que la pulvérisation n'agit que sur les faces antérieure et latérales du membre, ainsi que sur les plaies répondant au tibia et au péroné. La face postérieure de la jambe repose sur le lit ; l'incision qui s'y trouve ne reçoit pas la vapeur antiseptique et renferme du pus légèrement septique. Cette dernière circonstance pouvait donc expliquer l'ascension du thermomètre. L'interprétation était si exacte, qu'en ayant soin de soulever la jambe au niveau du talon et du jarret pour que la poussière phéniquée pût atteindre toute la circonférence du membre, on vit du jour au lendemain, dans la journée du 24, la température descendre d'un degré et tomber le 25 à 37°8.

La température locale était alors la suivante :

	Côté blessé	Côté sain	Différence
Cuisse.....	35°2	36	0°8
Jambe au niveau des plaies.....	35	34°2	0°8

Dans les premiers jours d'octobre, une rétention passagère du pus ramena un peu de fièvre, mais à partir du 6 l'apyrexie devint complète. La cicatrisation s'effectua assez lentement et l'empâtement profond persista pendant plusieurs semaines. La compression méthodique en fit justice. Je ne puis dire quel vaisseau avait été primitivement rompu.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord la marche de la température locale, qui était plus basse de plusieurs degrés du côté malade que du côté sain, alors que la circulation était gênée, et que le membre était menacé de gangrène, revint peu à peu à la normale dès que l'obstacle à la circulation eut été levé par les débridements, et la dépassa ensuite de près d'un degré lorsque l'inflammation s'empara du foyer de la contusion.

D'autre part, le résultat de l'intervention chirurgicale a démontré que celle-ci était nécessaire et qu'elle a été utile, puisqu'elle a entravé la mortification imminente du membre et ramené la vitalité dans les tissus ; mais l'élévation de la température, qui a atteint un moment 39 degrés 1/2, a prouvé une fois de plus combien, malgré les contre-ouvertures et le drainage multiple, l'antisepsie était difficile à obtenir dans ce foyer anfractueux à parois contuses et infiltrées de sang. Les applications phéniquées et le bon fonctionnement des drains n'ont pu prévenir la septicémie ; la pulvérisation continue elle-même n'a pas eu d'abord de meilleur résultat, parce qu'elle était insuffisamment appliquée ; mais, dès qu'elle put atteindre toute la circonférence du membre, elle fit cesser la septicémie et la température revint définitivement à la normale.

Cette observation témoigne donc encore en faveur des bons effets de la pulvérisation continue antiseptique. — P.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Pendant que le choléra s'atténue à Brindisi, où le nombre des cas n'a pas dépassé 6 et celui des décès ne s'est pas élevé au delà de 5, depuis l'intervalle du 5 au 16 mai, il augmente à Venise, à Ostuni et à Bari.

En effet, durant cette même période, d'après les informations officielles, il y a eu 68 cas et 41 décès à Venise, 69 cas et 40 décès à Bari et 42 cas et 13 décès à Ostuni. Ces derniers chiffres sont en désaccord apparent avec le coefficient obituaire des autres localités pendant l'épidémie actuelle.

©BIU Santé

Il existe d'autres cas suspects et d'autres décès cholériques dans les provinces auxquelles ces villes appartiennent. C'est ainsi que Salici, Latiano, Oria, Ferra-Santa-Susanna sont toujours atteintes et que la mortalité cholérique y serait à la morbidité dans le rapport de 6 à 11.

Le choléra italien paraît donc, contrairement aux prévisions optimistes du début, accentuer son caractère d'expansion et justifier les mesures de protection sanitaire dirigées contre les provenances maritimes de l'Italie.

Si le proverbe était vrai, et que les malheurs fussent utiles à quelque chose, on pourrait espérer que cette épidémie aurait fait entrer dans une période de réalisation les projets d'amélioration sanitaire de nos grands ports méditerranéens. Malheureusement, il n'en est pas ainsi ; ces projets demeurent en suspens, de sorte que, devant une invasion cholérique toujours possible, la défense sanitaire reste incomplète, malgré les avertissements des hygiénistes les plus autorisés et le terrain toujours favorable au développement de l'épidémie.

D'autre part cependant, on constate que là où on observe ces avis plus scrupuleusement, on obtient d'incontestables résultats. C'est ainsi que, grâce au lazaret de Poquerolles et à l'observation de prescriptions du Comité d'hygiène, le rapatriement des troupes du Tonkin s'opère sans incident et sans danger pour la santé publique.

C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

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

Sur l'invitation de M. le Président, M. Trasbot prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Spilmann (de Strasbourg) et Henrot (de Reims) pour le titre de membre correspondant; de M. Cadet de Gassicourt, pour la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. de Vry, membre correspondant à La Haye, en réponse à la protestation de M. Armet (de Lille), relative à la composition du sulfate de quinine dit des *trois-cachets*.

Dans une étude analytique des divers échantillons de sulfate de quinine du commerce, M. de Vry avait affirmé que le sulfate de quinine des trois cachets contenait une proportion de sulfate de cinchonine plus considérable que celle exigée par le Codex. M. Armet (de Lille) ayant protesté contre cette assertion, M. de Vry répond que les résultats de son analyse lui ont été donnés par un nouveau procédé, celui du polarimètre de Biot.

M. Legouest présente, de la part de M. Morache, professeur d'hygiène à la Faculté de Bordeaux, un exemplaire de la 2e édition de son *Traité d'hygiène militaire*.

M. Hérard : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, de la part de M. le docteur Willemin, membre correspondant, la 4e édition de son *Traité des coliques hépathiques*. L'éloge de ce livre n'est plus à faire. Je me bornerai à signaler deux points qui, dans cette 4e édition, ont reçu de nouveaux et intéressants développements. Le premier est relatif à l'existence d'une sorte de fièvre intermittente ou rémittente qui précède ou accompagne les accès; le second a trait aux rapports de la colique hépatique avec la diathèse goutteuse.

©BIU Santé

M. Gavarret présente, de la part de M. Garrau, professeur à la Faculté de Lille, un mémoire manuscrit.

M. Léon Colin présente, au nom de M. le docteur Delmas, un travail manuscrit *sur la fièvre rémittente algérienne.*

M. Polaillon présente, au nom de M. le docteur Martel (de Saint-Malo), deux notes manuscrites : 1° *Sur l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements infranchissables;* 2° *Sur la ligature de l'axillaire sous la clavicule.* Ces deux notes sont adressées à l'appui de la candidature de M. Martel au titre de membre correspondant.

M. Planchon lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé libre. La commission propose : En première ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lacaze-Duthiers et Péligot; en deuxième ligne, MM. Magitot et Worms; en troisième ligne, MM. Durand-Claye et Galezowski.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Lacaze-Duthiers obtient 49 voix, M. Péligot 9, M. Durand-Claye 9, M. Worms 4, M. Magitot 2, M. Galezowski, 1.

En conséquence, M. Lacaze-Duthiers est élu.

M. Villemin, professeur au Val-de-Grâce, lit un travail sur l'*érythème polymorphe, sa nature et son traitement spécifique.*

Il fut un temps, dit M. Villemin, où l'on faisait de l'érythème polymorphe une affection locale, une simple dermatose. Mais, depuis longtemps déjà, beaucoup d'auteurs le considèrent comme une maladie générale, une sorte de pyrexie. Quelques-uns l'assimilent aux fièvres éruptives et en font une sorte de maladie infectieuse de cause spécifique.

L'érythème polymorphe donne presque toujours lieu à des manifestations douloureuses précédant et accompagnant les poussées éruptives. On l'a rapproché également du rhumatisme à cause des épanchements dans les synoviales qui accompagnent souvent les douleurs péri-articulaires. Certains auteurs ont considéré l'érythème comme une expression de la diathèse rhumatismale. D'autres, au contraire, font de l'érythème la maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication tout à fait semblable au rhumatisme qui se produit dans la scarlatine.

M. Villemin pense que les érythèmes auxquels les dermatologistes ont donné les noms de noueux, de papuleux, de circiné, de vésiculeux, etc., et qui sont compris sous la dénomination commune de polymorphe, ne sont que des variétés d'un même type morbide;

2° Que l'érythème polymorphe est une maladie générale de nature spécifique dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome;

3° Que les douleurs des tissus fibreux, les tuméfactions et les épanchements articulaires ne relèvent pas du rhumatisme, mais ne sont qu'une des manifestations de la maladie et dérivent comme l'éruption cutanée elle-même d'une unique cause morbide.

L'agent médicamenteux spécifique de cette maladie est l'iodure de potassium. M. Villemin ne croit pas que la thérapeutique possède une substance aussi nettement, aussi *merveilleusement spécifique* que l'est ce sel dans l'érythème polymorphe. Dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et avec une dose moyenne de 2 grammes par jour, tous les symptômes de la maladie sont *simultanément* modifiés d'une façon surprenante. La veille, on avait un malade avec une température de 39 à 40 degrés; un érythème douloureux, induré, rouge vif; une courbature pénible; des douleurs intolérables dans les membres, dans les jointures; de la prostration, de l'insomnie. Le lendemain, tout est changé, la température est à 37 degrés; l'érythème pâlit, s'efface, perd son induration; les douleurs s'évanouissent; les tuméfactions articulaires se dissipent, et, dans trois ou quatre jours, il n'y a pas trace de la maladie.

Le mémoire de M. Villemin est basé sur onze observations.

M. Périer donne lecture de l'observation d'un jeune homme de 15 ans 1/2 qui reçut à bout portant un coup de feu dans l'abdomen. A la suite de cette blessure, il y eut un anus contre nature qui fut guéri par un procédé particulier de suture intestinale.

L'anus contre nature siégeait à gauche, à demi-distance entre l'ombilic et la crête iliaque. Après deux applications successives d'entérotome pour sectionner l'éperon, il fut procédé à l'entérorrhaphie.

Dans un premier temps, la peau fut disséquée autour de l'orifice intestinal et détachée de l'aponévrose. Dans un deuxième temps, l'intestin fut à son tour disséqué et libéré de ses adhérences à la paroi abdominale, dans l'étendue de 1 centimètre, sans que le péritoine ait été ouvert.

Il fut appliqué sur l'intestin cinq points d'une suture appelée par M. Périer suture en bourse entrecoupée, puis un sixième point de suture de Lembert.

La peau fut suturée par-dessus la suture intestinale.

Le point de suture de Lembert lâcha le quatrième jour; il en résulta une fistule qui alla en diminuant pendant un certain temps et qui, trois mois après, s'agrandit sans cause appréciable. Une deuxième opération fut nécessaire; cette fois, tous les points de suture furent en bourse entrecoupée, au nombre de quatre. Un deuxième plan de sutures fut ensuite appliqué sur l'intestin, au-dessus du premier. Le trou de l'aponévrose fut oblitéré au moyen d'une suture du pelletier, et la peau réunie par dessus le tout avec quelques crins de Florence. Le premier pansement fut fait le onzième jour; tout était réuni; une surface granuleuse très petite répondait au point où la peau n'était constituée que par du tissu ancien de cicatrice.

Quelques jours après, la cicatrice était complète.

La suture préconisée par M. Périer se pratique au moyen d'un fil assez long monté sur une fine aiguille.

L'aiguille, introduite à 2 millimètres du bord de la plaie intestinale, chemine perpendiculairement à ce bord pour sortir à 2 ou 3 millimètres plus loin sans avoir pénétré dans la cavité intestinale; on la reporte à 4 ou 5 millimètres pour lui faire suivre un trajet semblable et parallèle, mais en sens inverse. On la fait pénétrer ensuite dans la lèvre opposée de la plaie en face du point par où elle vient de sortir, et on lui fait suivre un chemin symétrique à celui qu'elle vient de parcourir. Le point de sortie du fil se trouve alors en face du point primitif d'entrée; quand on a noué les chefs après avoir serré le fil, les lèvres se trouvent rapprochées et renversées du côté de la cavité intestinale; en mettant un nombre de points suffisants, on obtient une fermeture autoclave.

C'est la deuxième fois que M. Périer a recours à ce mode de suture; son premier malade a été présenté à la Société de chirurgie en 1884. Ils ont tous deux parfaitement guéri.

M. Delorme (du Val-de-Grâce), lit un travail intitulé : *Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez.* (Comm. MM. Legouest, Jules Rochard et Alphonse Guérin.)

M. Feulard lit un travail intitulé : *Le favus devant les Conseils de revision.*

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Méhu sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Monoplégie brachiale hystéro-traumatique suivie d'amyotrophie et d'arrêt de développement du membre paralysé. — Entéroptose et gastroptose. — Insuccès du traitement du croup par les fumigations de goudron de houille. — Le traitement de l'obésité* (traitement du docteur Delthil).

M. Chauffard a dans sa clientèle un jeune homme dont l'histoire est un exemple très concluant de paralysie hystéro-traumatique suivie d'atrophie.

A l'âge de 13 ans, ce sujet, qui dans l'enfance avait donné des preuves de nervosisme et d'une certaine excitation cérébrale, tombait sur la paume des mains en courant sur des échasses. La douleur ressentie fut très vive. Huit jours après s'était constituée progressivement une monoplégie brachiale gauche qui a duré trois ans.

©BIU Santé

L'atrophie se montra peu à peu et acquit un degré très accentué; des troubles trophiques se produisirent, tels que l'arrêt de la croissance des ongles et du membre tout entier. Au bout des trois ans, il y avait non seulement une différence d'épaisseur, mais une différence de longueur très notable entre le membre paralysé et le membre sain; comme le disait le père de l'enfant, la main gauche avait trois ans de moins que la droite.

La période de paralysie comprit deux phases : dans la première existait une rigidité spasmodique avec hyperesthésie; puis, au bout d'un an, à la suite de l'application de courants continus, s'ouvrit une phase de flaccidité avec anesthésie.

Enfin, après trois ans, les muscles commencèrent à se restaurer, et leur restauration continua pendant un an et demi. Malheureusement, depuis vingt mois, elle s'est arrêtée.

Les réflexes tendineux sont abolis sur le membre paralysé, bien que les réflexes patellaires soient conservés des deux côtés du corps.

M. Chauffard insiste sur les caractères de cette observation unique dans la science.

Il est impossible de songer à une simulation, comme dans certaines paralysies hystéro-traumatiques ; la longue durée de la paralysie et l'atrophie, comme la condition sociale du malade, permettent d'en écarter de prime abord l'hypothèse.

On voit aussi que la chute sur la paume de la main a produit la paralysie, sans que le plexus brachial ait été intéressé.

Enfin, c'est une nouvelle preuve en faveur de la possibilité des atrophies consécutives aux paralysies hystériques, fait contraire aux idées classiques, mais que déjà ont mis en lumière quelques observations de MM. Charcot et Babinski.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Glénard (de Lyon), un mémoire sur une nouvelle espèce morbide, l'entéroptose et la gastroptose. Ce long travail, sur lequel nous aurons à revenir lorsque sera lu le rapport de la commission à laquelle il a été renvoyé (MM. Besnier, Vidal et Féréol), a déjà été analysé ici par notre collaborateur, M. Longuet, en 1885.

Nous nous contenterons de rappeler que, d'après M. Glénard, la neurasthénie et d'autres états morbides vagues, mal définis, trouvent leur explication dans le déplacement, l'abaissement, la ptose des organes abdominaux, notamment de l'estomac et de l'arc du côlon.

L'origine de l'entéroptose et de la gastroptose, que l'hépatoptose et la néphroptose (foie et rein flottants) peuvent compliquer à un moment donné, serait le relâchement des parois abdominales consécutif à la grossesse ou à l'amaigrissement.

Le traitement logique de cet état morbide et des troubles nerveux qui en seraient la conséquence, c'est le port d'une ceinture hypogastrique.

M. CADET DE GASSICOURT rappelle qu'il a fait connaître, l'année dernière, les médiocres résultats obtenus à l'hôpital Trousseau dans le traitement du croup par le traitement du docteur Delthil, fumigations de goudron de houille et de térébenthine. Il vient les compléter aujourd'hui par l'exposé d'une nouvelle série d'observations.

Il insiste sur quelques points préliminaires que ne doivent jamais perdre de vue les médecins qui expérimentent des traitements contre le croup.

C'est d'abord que le croup peut guérir sans opération, tant qu'il n'a pas dépassé la période dyspnéique; pour affirmer l'efficacité d'un traitement, il faut donc que la guérison se soit produite à la période de tirage permanent. Mais il ne faut pas non plus confondre avec le tirage permanent le tirage prolongé qui suit les accès de suffocation.

M. Beaumetz avait contesté l'expression de guérison spontanée appliquée aux cas de M. C. de Gassicourt: celui-ci maintient que, même lorsqu'on a institué les badigeonnages au citron, la potion au chlorate de potasse, les toniques et même les vomitifs, si la guérison se produit à la période de tirage permanent, elle peut bien être dite spontanée.

M. Beaumetz avait demandé aussi par quels symptômes on était autorisé à établir le diagnostic de laryugite diphthérique quand il n'y avait pas eu rejet de fausses membranes. Quand il y a successivement raucité, puis extinction de la toux et de la voix, puis accès de suffocation, on est bien autorisé à admettre que la muqueuse du larynx et de l'isthme

©BIU Santé

vocal, après avoir été rouge et boursouflée, s'est recouverte de fausses membranes, bien que l'examen laryngoscopique ne permette pas d'en avoir la preuve objective. Isambert, malgré son habileté, a vainement cherché à voir l'état des cordes vocales dans le croup chez les jeunes sujets. Mais, chez un homme de 45 ans, qui, au quatrième jour d'une diphthérie, avait la raucité de la voix et de la toux, M. Coupard a pu constater au laryngoscope un exsudat pseudo-membraneux sur les cordes vocales.

Cliniquement, nous savons que le rejet d'une fausse membrane est la condition nécessaire de guérison quand le syndrome précité a été constaté, et nous sommes donc autorisés à admettre qu'il y avait croup, quand même ce rejet ne s'est pas produit.

Le traitement de M. Delthil a été expérimenté à l'hôpital Trousseau dans les conditions suivantes : dans une petite pièce de 28 mètres cubes, sur un foyer situé à l'angle le plus éloigné du lit, on faisait évaporer le mélange de deux tiers de goudron de houille et d'un tiers de térébenthine. Il n'a pas été possible de réaliser l'intention qu'on avait eue de recouvrir le vase où se faisait l'évaporation d'un grillage serré pour arrêter en partie les particules charbonneuse.s

L'action directe des vapeurs de goudron et de térébenthine a été nulle sur des fausses membranes placées dans une capsule et exposées à ces vapeurs pendant plusieurs heures et même un jour. Elles s'étaient seulement colorées en noir. Au contraire, on a pu constater que des fausses membranes, placées comparativement dans l'eau de chaux, s'y désagrégeaient peu à peu.

En éliminant les cas d'angine diphthérique sans croup, les cas toxiques d'emblée, ceux où la trachéotomie était urgente ou prochaine, les malades soumis au traitement de M. Delthil se divisent en trois catégories : ceux qui étaient à la période d'asphyxie, et qu'il a fallu opérer tous; ceux qui étaient au début du tirage permanent (12 malades); ceux qui, ayant eu des accès de suffocation, ont guéri sans trachéotomie (7 malades), mais pour lesquels la preuve de l'utilité du traitement de M. Delthil ne peut être admise pour les raisons énumérées plus haut.

Or, pour les 12 enfants de la deuxième catégorie, 112 fois l'opération est devenue nécessaire, et pas une seule fois on n'a noté la plus légère amélioration. On contraire, le plus souvent, la fumée noire et épaisse a augmenté la toux et les accès de suffocation.

On a soumis au traitement un enfant trachéotomisé ; un quart d'heure après, la canule était absolument obstruée par le charbon et il fallait à chaque instant retirer, non seulement la canule interne, mais plusieurs fois l'externe. A l'autopsie de cet enfant, qui avait de la bronchite pseudo-membraneuse, on trouva de la poussière charbonneuse jusqu'au dernières ramifications bronchiques.

Il ressort, d'ailleurs, des expériences faites par le docteur Frémont, ancien interne de M. Lannelongue, aujourd'hui médecin à Vichy, que, chez des lapins et des cobayes trachéotomisés et soumis aux fumigations Delthil, on trouve des traînées de charbon non seulement dans les bronches, mais dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans les alvéoles, et des noyaux de broncho-pneumonie développés promptement autour des amas charbonneux.

M. Cadet de Gassicourt ajoute que, dans le seul cas où le traitement ait paru réussir, l'enfant, qui avait semblé à l'interne de garde atteint de croup, a été reconnu, le lendemain, simplement affecté de laryngite striduleuse. Il y aurait, en résumé, même de l'optimisme à dire que le traitement de M. Delthil ne fait ni bien ni mal.

M. Féréol remercie M. Cadet de Gassicourt du soin avec lequel il a poursuivi ces expériences ; c'est une désillusion de plus à enregistrer dans le traitement du croup.

M. d'Heilly annonce que d'ailleurs M. Delthil lui-même a renoncé en partie à son traitement. Il ne fait plus les fumigations de goudron et se contente de faire évaporer de la térébenthine dans un vase large d'un mètre carré de surface. M. d'Heilly ne peut dire si c'est à l'actif de l'ancien traitement ou du nouveau, que doivent être portés les 60 succès sur 64 cas de croup que M. Delthil a cités au Congrès de Grenoble. Dans le cas où M. d'Heilly a été appelé en consultation, l'enfant venait de mourir avant son arrivée, et M. Delthil a dit que c'était le seul décès qu'il eût eu à déplorer depuis un an.

©BIU Santé

M. C. Paul lit un travail sur les traitements de l'obésité. Il fait remarquer d'abord que l'obésité est souvent héréditaire, comme aussi dans certains cas la maigreur, et que le même régime qui laisse les uns maigres, fait engraisser les autres. Tous les traitements peuvent réussir, mais tous échouent généralement par le défaut de persévérance des malades.

Cependant, dans un cas que M. Paul suit depuis près de 20 ans, la malade a consciencieusement appliqué la méthode de Dancel, qui a été le premier à instituer avec succès le traitement de l'obésité et dont on oublie trop de citer le nom. Dancel était médecin militaire dans la cavalerie, et c'est en 1843, qu'en utilisant les travaux de Payen, Flourens, Milne-Edwards, Liébig, sur la digestion, il organisa un régime dont les éléments sont : l'exercice fait le matin de bonne heure au grand air (faire lever les malades de bonne heure est une des choses les plus difficiles à obtenir); la suppression de tous les corps gras, des féculents, du pain, des pâtisseries et des sucreries, — la diminution de l'eau et des boissons ; enfin, l'usage des purgatifs, que rend nécessaire la constipation ordinaire chez les obèses, la parésie de l'estomac et la pneumatose par parésie intestinale étant parmi les premiers troubles fonctionnels déterminés par l'obésité.

La malade, à laquelle M. Paul a fait allusion et qui, après avoir maigri de 20 kilogrammes au début du traitement de Bancel, avait sans relâche suivi le même régime, a été pesée toutes les semaines pendant 10 ans ; or, l'examen du graphique des poids révèle une particularité jusqu'ici inaperçue et constante. Tous les ans le poids augmente régulièrement de janvier à avril, malgré l'usage des purgatifs, puis tombe rapidement d'avril à mai pour rester stationnaire jusqu'à la fin de l'année. — La connaissance de cette loi est de nature à tromper les expérimentateurs sur la valeur des traitements qu'ils instituent.

M. Paul rappelle ensuite les autres méthodes de traitement de l'obésité, celle qui est connue sous le nom de Banting, le malade pour lequel elle a été inaugurée, et non sous celui du médecin anglais Harvey, son auteur ; celles de Vogel, d'Ebstein, en Allemagne, de Œrtel (de Munich), qui, en 1884, a repris la méthode de Dancel en y ajoutant la distinction des cas où il y a intégrité du cœur et de ceux où existent des troubles de cet organe, notion sur laquelle M. le professeur G. Sée a de nouveau insisté.

M. C. Paul donne ensuite de curieux détails sur le fameux Schweiniger qui a fait grand bruit de la cure du prince de Bismarck, trop de bruit même, paraît-il, au gré de son client ; Schweininger permet jusqu'à 2 et 4 litres de liquide par jour, à la condition qu'on ne boive que deux heures après les repas. M. G. Sée déclare inhumaine la réduction excessive des boissons ; cependant il est assez facile de s'habituer à boire peu aux repas à la condition de ne boire qu'à la fin. L'habitude de ne pas boire en mangeant et d'aller ensuite se désaltérer à la brasserie est commune en Bavière.

M. C. Paul reproche encore à M. G. Sée d'avoir confondu les obèses avec les diabétiques gras, de n'avoir pas fait la distinction entre l'infusion et la décoction de café.

Enfin il rappelle que beaucoup de médecins sont d'accord avec J. Meyer sur l'utilité des eaux chlorurées sodiques et sulfatées sodiques, telles que Kissingen ou Brides. D'ailleurs il pense qu'il faut distinguer parmi les obèses ceux qui, une fois débarrassés des troubles fonctionnels dont ils étaient incommodés, se tiennent pour satisfaits, et ceux qui, ayant de la surcharge graisseuse du cœur, sont de vrais malades.

M. Debove déclare que personne n'a nié que Dancel n'ait été l'inventeur du traitement de l'obésité. Tous les auteurs allemands qui se sont occupés de la question, l'ont cité. Pour ce qui concerne les expériences dont il a précédemment donné communication à la Société, en les instituant, il a été poussé par le désir d'étudier une à une les conditions multiples dans lesquelles se meuvent jusqu'ici les traitements de l'obésité. Le premier point est d'isoler et de soumettre à des expériences les différents facteurs qui entrent en jeu dans les traitements complexes. Dans ses premières études il s'est occupé de l'influence de l'eau, dont ses quatre observations prouvent la nullité. Maintenant il va poursuivre la même étude pour la graisse.

M. C. Paul croit que les expériences de M. Debove auront toujours cet inconvénient

d'être instituées chez des gens physiologiques, sains, et ne prouveront rien au point de vue des obèses, dont la nutrition ne se fait pas suivant le mode physiologique.

M. Debove pense au contraire que la nutrition ne se fait pas chez les obèses d'une autre manière que chez les gens sains ; elle ne diffère que par l'intensité.

P. L. G.

FORMULAIRE

Une erreur que je tiens à rectifier s'est glissée dans la mention faite par l'*Union médicale* (numéro du samedi 8 mai) de mes formules de liniments contre les manifestations goutteuses articulaires. La première, donnée comme employée contre l'état aigu, ne doit l'être que lorsque celui-ci a cessé, ainsi que je l'indique dans les lignes suivantes de mon mémoire sur les déformations goutteuses et leur traitement.

Le gonflement établi et les douleurs devenues supportables, les applications de laudanum ou d'extrait de belladone sont continuées jusqu'à ce que les frictions, puis les massages doux puissent être commencés.

Pour les frictions, j'emploie d'abord le mélange suivant :

Baume tranquille.....	30	grammes.
Chloroforme	10	—
Ess. de térébenthine.....	10	—

P. usage externe, etc.

Comme *thérapeutique locale de l'accès de goutte*, j'emploie : 1° Les applications de laudanum pur ou d'extrait de belladone et l'enveloppement avec l'ouate imbibée de baume tranquille et recouverte de toile gommée, dans les cas ordinaires. Dans les cas où les douleurs sont très vives, la tuméfaction tardant à se produire, je remplace, jusqu'à ce que celle-ci se soit manifestée, l'ouate par des cataplasmes légers.

2° La tuméfaction produite, je supprime la toile gommée, ne voulant pas abuser de la macération que la transpiration locale fait subir à des tissus qui n'auront que trop de tendance à rester longtemps encore tuméfiés après la disparition de l'état aigu. Parfois seulement, et tout à fait au début de l'accès, des applications révulsives, répétées avec des liniments, ammoniacaux, chloroformés, térébenthinés et camphrés, peuvent enrayer l'accès comme ces topiques et pommades dits spécifiques.

Les vésicatoires ne trouvent guère leur emploi que lorsqu'il reste une douleur vive en un point très limité.

3° Contre la douleur subaiguë succédant à l'accès, et ne permettant pas encore les frictions et les massages, un mélange à parties égales de laudanum de Rousseau, teinture d'aconit et teinture d'iode, employé en applications locales répétées deux à trois fois par jour, m'a souvent donné des résultats très nettement favorables.

4° Plus tard, l'état chronique ayant succédé à l'état aigu ou subaigu, et contre les déformations persistantes ou menaçant de devenir telles, j'emploie avec avantage :

1° L'immobilisation et la compression alternées avec les mouvements communiqués d'abord, puis les mouvements volontaires progressifs.

2° Les massages et les frictions avec les liniments précités.

3° Les bains de sable chaud (auxquels on peut ajouter un peu de chlorhydrate d'ammoniaque dans les formes absolument atoniques).

4° Les cautérisations ponctuées superficielles et répétées.

5° Quelquefois le cataplasme de Trousseau associé à l'immobilisation.

Tous ces moyens locaux doivent être employés autant que possible concurremment avec les médications internes appropriées.

Dr P. Bouloumié.

©BIU Santé

COURRIER

Nécrologie. — M. Henri Fauvel, jeune chimiste distingué, fils de l'ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, s'est noyé il y a quelques jours, en opérant des prélèvements d'échantillons d'eau de Seine, vers le pont d'Epinay. Ancien élève du laboratoire de Würtz, M. Fauvel était entré au laboratoire municipal à sa fondation et y resta de juin 1881 jusqu'au milieu de l'année 1884. Là il s'était spécialement occupé d'hygiène : analyse des gaz dans les cimetières, recherches des causes d'altération du lait, etc. M. le professeur A. Proust eut maintes fois recours à lui dans différentes recherches qu'il avait entreprises. Le travail le plus important de M. Fauvel fut un mémoire sur les « Algues trouvées dans les biberons », mémoire couronné par l'Académie de médecine. C'est en travaillant une fois de plus à une question d'hygiène, en apportant son tribut aux documents qui doivent vaincre toutes les résistances, que M. Fauvel a trouvé la mort dans la force de l'âge. (*Progrès médical.*)

— On nous annonce la perte subite d'un des plus honorables médecins de Seine-et-Oise, à Taverny, M. Desfossez père, à l'âge de 75 ans.

M. Desfossez a exercé pendant plus de 50 ans, continuant une vie de labeur sans relâche, que deux générations de médecins de sa famille avait suivie avant lui et qu'il lègue à son fils. Praticien très judicieux et très apprécié, il laisse parmi la population des villages de la vallée de Montmorency de profonds et unanimes regrets.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Par prorogation, le registre d'inscription des candidats pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, restera ouvert jusqu'au 31 mai courant. MM. les docteurs qui désirent prendre part au concours peuvent avant cette époque, se présenter au secrétariat de l'hospice des Quinze-Vings, 28, rue de Charenton, tous les jours non fériés de 10 heures à 4 heures où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Exposition d'hygiène urbaine. — L'Exposition d'hygiène urbaine, installée à la caserne Lobau par les soins de la Société de médecine publique, a déjà reçu plus de dix mille visiteurs. Elle est dès maintenant ouverte tous les soirs, et il est fait trois fois par semaine, à huit heures et demie, une conférence sur un sujet d'hygiène. — Tous les jours, à deux heures et demie de l'après-midi, et à huit heures et demie du soir, des conférences-promenades sont faites par des membres de la Société de médecine publique. — Tous les visiteurs sont admis à suivre ces conférences.

La variole et les vaccinations a Marseille. — La variole continue à augmenter à Marseille (261 décès en janvier, 313 en février, et 381 en mars), soit 955 décès en trois mois.

Du 1er au 31 mars 1886, les bureaux de vaccination installés dans les divers quartiers de la ville n'ont vacciné que 325 personnes.

Ainsi, voilà une ville décimée depuis neuf mois par une maladie contre laquelle on possède un prophylactique certain, d'un emploi facile et gratuit, maladie qui eût été facilement enrayée, si la population mieux éclairée sur ses vrais intérêts eût été revaccinée en masse. Des faits de ce genre nécessitent évidemment l'intervention des pouvoirs publics pour rendre la vaccine obligatoire. (*Lyon médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance de 22 mai 1886. — *Ordre du jour* : 1. MM. Horteloup et Thevenot : Rapport de candidature. — 2. M. Christian : Note sur un cas de dipsomanie. — 3. Communications diverses.

Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie, par le docteur Lagout, d'Aigueperse. — Brochure de 31 pages. — Au Bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. A. Trousseau : L'iodol en thérapeutique oculaire. — II. Intérêts professionnels : La prescription des créances médicales devant le Sénat et le Conseil d'Etat. — III. Bibliothèque : Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy. — Les abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde. — A Guide to the examination of the nose. — IV. Revue des Journaux : Accidents tétaniformes guéris par le repos, les calmants et les courants continus. — Blennorrhagie ombilicale. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

L'iodol en thérapeutique oculaire

Par le docteur A. Trousseau.

L'iodol, dont la découverte remonte à l'an dernier, se présente sous la forme d'une poudre grisâtre à peu près inodore. C'est une combinaison de l'iode et du pyrrol qui contient 85 p. 100 environ d'iode.

Ce médicament, qui n'est pas sans offrir quelques analogies avec l'iodoforme dont on connaît l'efficacité en thérapeutique oculaire et qui présente sur ce dernier l'avantage inappréciable de ne pas répandre d'odeur désagréable, devait être essayé dans le traitement des maladies des yeux.

J'ai eu l'idée de faire quelques tentatives dont je vais consigner ici les résultats.

Il s'agissait de savoir sous quelle forme l'iodol pouvait être employé commodément.

Après un certain nombre d'expériences sur les lapins et les chiens, dont le récit détaillé intéresserait peu le lecteur, je crus reconnaître que je répondrais aux besoins de la thérapeutique en me servant de pommades ainsi formulées :

Vaseline	10 grammes.
Iodol	2 —

et d'une solution ainsi composée :

FEUILLETON

CAUSERIE

Éreintement de Pasteur par Simplissime; moyen facile d'être original. — Quelques calembours sur la rage.

Il nous faut du nouveau, n'en fût-il plus au monde!

Cela se chante sur un air bien connu de la *Belle Hélène*, musique d'Offenbach. Mais, comme les journalistes, aussi bien ceux de la médecine que les autres, ne trouvent pas toujours du nouveau et qu'ils ne savent plus comment faire pour attirer l'attention de leurs lecteurs, ils en fabriquent Ainsi, moi qui vous parle, je pourrais être, comme d'autres, réduit à me battre les flancs pour faire ici-bas une chronique intéressante; mais à quoi bon quand on a un moyen tout trouvé. Vous allez voir comme c'est simple!

Tous le monde se plaît à chanter les éloges de M. Pasteur, si je fais comme tout le monde, je tomberai dans la banalité; alors je vais prendre la contre-partie de cette généralité, et dire tout le mal que je pourrai de M. Pasteur. Tout le monde le proclame un bienfaiteur de l'humanité : je vais démontrer que c'est un affreux égoïste; — tout le monde vante ses goûts modestes, son amour pour le travail : je vais crier par dessus les toits qu'il aime le luxe, le faste, l'ostentation, et que jamais il n'a fait œuvre-

©BIU Santé

Iodol.....	3 grammes.	}	100 grammes.
Alcool.....	35 —		
Glycérine.....	62 —		

M. Boymond, qui avait publié sur l'iodol un intéressant article dans le *Journal de médecine de Paris*, avait bien voulu exécuter ces préparations.

L'iodol en poudre m'avait paru, chez les animaux, trop irritants pour entrer dans la pratique usuelle, d'où la nécessité de l'incorporation à la vaseline dans les proportions indiquées.

J'aurais voulu posséder une solution assez concentrée d'iodol dans l'eau, mais la chose est impossible vu la solubilité extrêmement faible de ce produit dans ce véhicule. L'alcool pur est un de ses meilleurs dissolvants, mais cette solution est beaucoup trop irritante et douloureuse ; aussi ai-je cru pouvoir m'en tenir à la formule précédemment indiquée dans laquelle entre une forte proportion de glycérine et qui m'avait été proposée par M. Boymond.

Je ne tardai pas à reconnaître que je pouvais, sans inconvénient pour la cornée et les parties sensibles de l'œil, utiliser ces préparations, qu'aucune d'elles ne répandait d'odeur désagréable, que leur conservation était parfaite et leur maniement facile.

Sur l'homme, l'application de la pommade n'amenait aucune douleur et pouvait être renouvelée sans effet nocif. Quant à l'introduction de la solution dans l'œil, elle causait toujours une assez vive souffrance qui devait en limiter l'emploi si elle ne donnait pas de résultats curatifs supérieurs à ceux des agents qu'elle devait remplacer. Il est bon de noter que cette douleur n'est pas beaucoup plus intense que celle qui est produite par le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre usités en ophthalmologie. Elle doit être attribuée surtout à un des véhicules : l'alcool.

Dans les blépharites sans ulcération, l'iodol m'a paru inférieur aux pommades employées journellement (précipité rouge, oxyde de zinc). Au contraire, dans les formes ulcéreuses (4 cas), j'ai reconnu la supériorité du nouvel agent. Des applications souvent renouvelées de pommade, cinq et

---

de ses dix doigts. Vous dites qu'il a trouvé le moyen de guérir les maladies des vers à soie : mais il les a si peu guéries qu'il n'y a plus un seul cocon en France, et que les dames de France, désolées de n'avoir plus de soie à se mettre sous la dent, — non, sur corps, — ont formé l'*Union des femmes de France*, qui a forcé le conseil des ministres à déclarer la guerre à la Chine pour s'emparer des fabriques de soie de ce pays. Vous en doutez? Mais c'est absolument authentique ! Lisez plutôt le *Journal officiel du crétinisme*, organe peu répandu (heureusement) dans le monde médical ; — on m'a dit aussi que M. Pasteur avait trouvé des procédés pour fabriquer de la bière allemande à vil prix ; mais n'en croyez rien ; cette prétendue bière allemande, excellente d'ailleurs, est fabriquée par une Société française, la *Lorraine*, qui fait une concurrence tellement effrénée aux bières allemandes, que bientôt la bière de Bavière n'osera plus se montrer dans les brasseries du quartier Latin ; quant au vin, les procédés de conservation qu'on attribue à M. Pasteur n'ont aucune raison d'être, puisque le phylloxera a dévoré toutes les vignes de France, jusqu'à un pied de vigne que j'avais planté sur mon balcon et qui m'avait donné deux feuilles l'année dernière ! Comme l'*Association française pour l'avancement des sciences* siège à Nancy au mois d'août prochain, les congressistes, en traversant la Champagne, pourront constater, en se tordant les mains de désespoir et en grinçant des dents de rage (encore des clients pour M. Pasteur), que ce malheureux pays est absolument dévasté, que le vin qu'on y récolte est une espèce d'eau de Seltz falsifiée avec de l'eau de Pougues, et qu'au contraire les vignes de l'Alsace et de la Lorraine, depuis qu'elles sont tombées entre les mains des Allemands, sont surchargées de grappes de

six fois par jour, modifient heureusement les surfaces ulcérées, surtout si on a soin de les toucher matin et soir avec un fin pinceau trempé dans la solution.

Pour le traitement des affections des voies lacrymales, l'iodol ne pouvait être utilisé qu'en injections, mais je constatai que la consistance sirupeuse de la solution et la douleur qu'elle provoquait n'affirmaient pas une supériorité marquée; de plus, j'ai craint qu'elle n'amenât des phénomènes inflammatoires trop violents. Peut-être, dans les dacryocystites, pourrait-on utiliser une solution d'iodol dans l'huile; j'étudierai ce point spécial.

Dans les conjonctivites aiguës à sécrétion, l'iodol m'a toujours donné (12 cas) des résultats inférieurs à ceux de l'iodoforme, qui est lui-même bien au-dessous du nitrate d'argent. Dans les conjonctivites chroniques torpides, le médicament a pleinement réussi. On devra introduire entre les paupières, quatre ou cinq fois par jour, gros comme un grain de blé de la pommade au moyen d'un pinceau. Les conjonctivites phlycténulaires (6 cas) ont toutes été améliorées rapidement et aussi vite que par la pommade au précipité jaune, dont l'application est beaucoup plus douloureuse. J'ai eu l'occasion d'essayer des badigeonnages de deux conjonctives granuleuses au moyen de la solution d'iodol. Dans le premier cas, j'ai dû abandonner cette thérapeutique à cause de la douleur accusée par le malade, qui préférait les badigeonnages au glycérolé de cuivre. Dans le deuxième cas, j'ai pu continuer depuis quinze jours (une fois par jour) l'emploi du médicament, et le patient est très amélioré; l'injection a diminué notablement et les granulations ont presque tout à fait disparu.

Dans la plupart des affections cornéennes autres que les kératites pustuleuses et phlycténulaires, l'iodol ne m'a montré aucun avantage. Mais, introduit en pommade quatre, cinq et six fois par jour dans ces variétés de kératites, il m'a donné des résultats excellents (11 cas) que j'ai retrouvés dans 2 cas de kératite vasculaire légère. Chez deux malades atteints d'ulcères torpides de la cornée, les applications de pommade iodolée ont amené

---

raisin grosses comme les obus qui tombaient autrefois sur Paris en guise de cailles rôties! *O fortunatos nimium!...*

Le charbon! Mais depuis qu'on le cultive en France, rue d'Ulm, l'Angleterre en a fait presque un *casus belli*, dans la crainte de voir tous les vaisseaux du monde se ravitailler dans nos ports, grâce au bon marché auquel ce combustible est tombé depuis que M. Pasteur le produit ou le prévient à volonté; l'expédition de Madagascar n'a pas eu d'autre cause, et suivez bien mon raisonnement, si vous voulez bien comprendre. Pour détourner l'attention de la perfide Albion, on a voulu installer des laboratoires dans un pays éloigné et dépourvu en apparence de toute bactéridie charbonneuse, et c'est alors qu'on a choisi Madagascar; mais la perfide Albion, prévenue par on ne sait quelle indiscrétion, a envoyé là-bas en mission extraordinaire un ancien pharmacien (c'est pourquoi les journaux toujours bien renseignés ont dit que c'était un missionnaire) qui a commencé par empoisonner les boissons destinées à nos soldats et qui a fini par se faire adjuger une indemnité de 25,000 francs, payée par notre gouvernement, bien entendu, pour ses frais d'expertise.

Vous trouverez des gens qui vous raconteront tout autrement cette affaire de Madagascar, mais croyez bien que moi seul je suis dans le vrai. Nous n'avons eu la paix avec la reine de Tananarive qu'après avoir convaincu les Anglais de la pureté de nos intentions, en leur faisant croire que nous voulions simplement combattre la fièvre intermittente dans la baie de Diego-Suarez et nous assurer que la noirceur des habi-

©BIU Santé

une guérison rapide, alors que les agents ordinaires maintenaient un état stationnaire désespérant.

Les taies même récentes ont peu été modifiées par la pommade; je crois qu'en présence de cette lésion, on serait autorisé à essayer l'iodol en poudre, qui jouit, comme je l'ai dit, de propriétés irritantes.

On voit que la nouvelle substance n'est pas sans présenter de remarquables avantages.

N'étant pas encore suffisamment renseigné sur sa valeur antiseptique, je n'ai pas osé l'employer dans les ulcères infectieux de la cornée et dans le pansement des plaies opératoires de l'œil (cataractes, iridectomies, etc.), je pense que, si ses propriétés antimicrobiennes sont confirmées, il pourra rendre de signalés services.

De ce qui précède, j'ose conclure :

L'iodol pourra parfois remplacer l'iodoforme, dont il n'a pas la mauvaise odeur;

Il est facilement toléré par l'œil;

Il améliore ou guérit les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites chroniques, certaines kératites vasculaires;

Il se montre très efficace dans les conjonctivites et kératites phlycténulaires et dans les ulcères torpides de la cornée;

En solution, il modifie les granulations;

Il pourra être essayé en chirurgie oculaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PRESCRIPTION DES CRÉANCES MÉDICALES DEVANT LE SÉNAT ET LE CONSEIL D'ÉTAT.

Il faut l'avouer à regret, le Corps médical ne peut guère compter sur la bienveillance des pouvoirs publics en faveur de ses intérêts professionnels. N'est-ce pas une preuve nouvelle et regrettable de ce fait que la délibération toute récente du Conseil d'Etat,

---

tants n'avait rien de commun avec le charbon. Voyez maintenant comment on écrit l'histoire !

Reste la rage, qu'on a mise à toutes les sauces. Vous avez beau me dire que les inoculations de M. Pasteur ont sauvé la vie à une centaine de personnes et qu'elles ont tout au moins raffermi le moral de 800 autres. Ça ne me touche pas. A voir la rage avec laquelle les souverains de l'Europe le comblent de décorations (est-ce que S. M. le Czar de toutes les Russies ne vient pas de lui conférer l'ordre de Sainte-Anne de 1re classe !), à voir la rage non moins grande avec laquelle les billets de 100, de 500, de 1,000 francs affluent dans la caisse de son Institut (est-ce que Mme Boucicaut ne vient pas de lui envoyer 150,000 francs !), je deviens enragé et je me prends à me demander pourquoi, puisque nous avons en France un homme illustre, reconnu tel par le monde entier, tout bon Français ne remplit pas ses poches de cailloux et d'œufs frais pour aller casser les carreaux de l'Ecole normale et forcer M. Pasteur à se réfugier au moins dans le Caucase, sinon plus loin.

Faut-il que des hommes aient peu le souci de leur dignité pour écrire des platitudes comme celles qui composent l'album qu'on a vendu le jour du festival, jour funeste, 11 mai 1886, et oser le signer! Chevreul, Verneuil, Janssen, Léon Say, Berthelot, de Lesseps, de Nansouty, de Brazza, A. Richet, Renan..... je n'ai pas le courage d'aller plus loin, vous avez osé proclamer que M. Pasteur honorait la France, quelle honte! et associer vos noms à ceux de vils acteurs qu'on va siffler tous les jours dans les brasse-

relativement aux pétitions de nos confrères sollicitant des modifications aux articles 2101 et 2272 du Code pénal?

En s'adressant au Sénat, ils demandaient que le *privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires, par l'article 2101* du Code civil, fût élargi par une interprétation plus large des mots : « Frais de la dernière maladie. » Ils demandaient aussi, et le bon sens était avec eux, que ce *privilège s'étendit à la maladie précédant la faillite et la déconfiture, tout aussi bien qu'à la maladie précédant la mort.*

De plus, nos confrères réclamaient le droit commun pour la prescription des créances médicales, c'est-à-dire l'extension d'un an à cinq ans, de la durée de cette prescription formulée par l'article 2272 ; à défaut de cette réforme, ils espéraient que le législateur porterait la durée de la prescription à deux années, dans les cas de maladies aiguës, et à cinq années pour les affections chroniques.

Le Sénat a voulu, avant toute décision, en référer au Conseil d'Etat. La section de législation de ce dernier a été contraire aux honorables pétitionnaires, et l'assemblée générale a, ces jours derniers, ratifié ces conclusions négatives.

Quels sont les motifs de ces conclusions? En premier lieu, les jurisconsultes du Conseil d'Etat refusent d'admettre de telles réformes parce qu'il n'est pas utile de déroger à une jurisprudence constante et à l'intention du législateur désireux de protéger le médecin contre l'avidité ou l'indifférence des héritiers. D'ailleurs, les raisons pour étendre la durée de la prescription leur paraissent insuffisantes, puisque la jurisprudence ne la fait courir en réalité, disent-ils, que du jour où le médecin cesse définitivement de donner ses soins.

En second lieu, ajoutent-ils, l'habitude des médecins étant de ne pas délivrer de quittance, il serait difficile de faire la preuve du payement après un délai trop prolongé. Quant à prendre en considération la nature de la maladie, ce serait, paraît-il, ouvrir la porte aux difficultés d'interprétation et entraîner les tribunaux à des appréciations contraires aux prohibitions de l'article 378 du Code pénal.

C'en est fait, très probablement, des pétitions de nos honorables confrères, car il est douteux que le Sénat passe outre à l'avis du Conseil d'Etat. Pour notre part, nous remercions les pétitionnaires de leur initiative et nous regrettons leur échec; car, parmi les réformes désirables et en apparence aisément réalisables, celles-ci étaient à coup sûr au premier rang,

Tout restera vraisemblablement en l'état : les créances médicales seront trop souvent contestées par des débiteurs sans scrupule, les mauvais payeurs continueront peut-être

---

ries borgnes et dans les Bobinos des barrières ; Faure, Talazac, Got, Coquelin, Paul Mounet, Bloch, Isaac, Bartet, Reichemberg, etc.

Prenez garde :

C'est par les lapins qu'on commence,
C'est par les peuples qu'on finit!

a dit votre complice Regamey, une espèce de peintre d'enseignes dépourvu de tout talent! Vous venez de voir jusqu'où pouvait aller un écrivain que l'à-court de lecteurs pousse au dénigrement systématique; prenez garde qu'un jour aussi vos noms et vos œuvres ne deviennent des thèmes sur lesquels ma plume enragée brodera des injures dissimulées, anonymes et fielleuses!!!

***

P. S. — L'idiotie qui précède me pèse sur le cœur. Désireux de me la faire pardonner de mes lecteurs, je vais, après avoir constaté le succès du festival donné au Trocadéro en l'honneur de l'Institut Pasteur, succès qui a apporté 40,000 francs dans la caisse de l'Institut; je vais, dis-je, faire connaître les traits d'esprit inspirés aux collaborateurs de l'album par la rage... du calembour :

« Mon cher et illustre maître, puissiez-vous un peu guérir la rage de... l'album. — G. Worms. »

« Je préfère la rage de dents à celle de l'album, mais le grand Pasteur les guérira toutes, heureusement! — G. Réjane. » (Réflexion de moi : Mademoiselle, on voit bien

©BIU Santé

d'y gagner, mais je ne vois pas quel avantage la morale publique et la justice y pourront acquérir. — Ch. E.

BIBLIOTHÈQUE

DES COLIQUES HÉPATIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LES EAUX DE VICHY, par le docteur WILLEMIN, médecin-inspecteur adjoint, etc. — Quatrième édition.

Dire d'un livre de science qu'il en est à sa quatrième édition, c'est implicitement former un jugement qui semble exclure la nécessité de tout autre éloge. Le livre de notre savant et honoré confrère est bien connu et bien apprécié par les médecins. Mais, est-ce une raison pour n'en pas dire quelques mots dans les colonnes de l'*Union médicale?* Ce livre est utile; il faut le rappeler. En effet, c'est un recueil de faits nombreux rassemblés avec soin par un observateur consciencieux, c'est un véritable cours de clinique. On voit les malades, on comprend les lésions dont ils souffrent, on suit les effets du traitement hydro-minéral, on constate les effets consécutifs de ce traitement. Les praticiens ne peuvent donc pas trouver un guide plus complet.

Dans la partie consacrée à l'étiologie, l'auteur a insisté sur un fait intéressant signalé par lui, c'est l'influence de la grossesse, des maladies et des fonctions naturelles de la matrice sur la production des calculs hépatiques. « Parmi les maladies à la suite desquelles on voit la lithiase biliaire se développer, ne devait-on pas compter, dit-il, les affections utérines qui, par la gêne prolongée du mouvement qu'elles entraînent, offrent déjà l'une des conditions favorables à la production de ces concrétions? Les faits que je cite montrent que la prévision à laquelle pouvait conduire la théorie se trouve justifiée par l'observation. » Et il nous montre les crises dominées d'une manière remarquable par la grossesse, par les époques menstruelles, par les maladies utérines, etc. Toutes ces considérations appuyées sur des faits appellent l'attention des médecins.

Il nous donne d'ailleurs les résultats de son étude personnelle sur plusieurs points intéressants, les symptômes exceptionnels qui souvent se montrent comme prodromes de la lithiase hépatique, les difficultés que peut présenter le diagnostic de cette affection, le fait très pratique de la distension de la vésicule, qui a pu permettre d'annoncer la manifestation ultérieure des coliques hépatiques, etc.

Nous ne devons point passer sous silence l'étude si complète des *fièvres intermittentes*

---

que vos jolies dents n'ont jamais connu les douleurs de la rage, de quoi je vous félicite, car vous n'auriez pas ainsi parlé. On ne pouvait dire avec plus d'esprit que vous avez 32 perles intactes dans la bouche. Tous mes compliments!)

« Vous êtes un grand savant, et cependant je doute que vous me guérissiez de la rage d'admiration que j'ai pour vous. — Marie MAGNIER. » (Vous parlez comme un docteur, chère doctoresse!)

Renvoyé aux enragés de dénigrement : « Pasteur est un des rares hommes de génie qui vous donnent à les connaître cette joie exquise et complète d'estimer ce que l'on admire. — Edouard PAILLERON. »

Et, pour finir : « Le théâtre a quelque ressemblance avec votre maison, cher maître : c'est là qu'on inocule aux gens, sous forme bénigne, tous les maux, tous les ridicules dont on voudrait les préserver; la différence, c'est... qu'on ne les guérit pas! — C. COQUELIN. »

Pour copie conforme : SIMPLISSIME.

REMÈDE CONTRE LES DÉMANGEAISONS.

Pour calmer le prurit de l'anus, les démangeaisons douloureuses de l'urticaire et celles qui sont occasionnées par les moustiques, on promène légèrement sur la peau un pinceau imprégné de menthol, ou bien on dissout une petite quantité de menthol dans l'alcool et on pratique des lotions sur la région qui est le siège du prurit.

N. G.

hépatiques, ni négliger de faire connaître les opinions de notre confrère sur la relation qui peut exister entre la lithiase biliaire et l'affection goutteuse; il n'admet pas qu'elles forment une seule et même maladie : « Je ne subordonne nullement, dit-il, l'une des affections à l'autre. Je suis conduit par l'observation, qui me démontre leur association si fréquente et la conversion de l'une de ces maladies en l'autre, à les considérer comme dépendant d'une cause commune, du trouble fonctionnel d'un même organe. » Il n'admet pas davantage que la lithiase biliaire ait forcément une origine diathésique. Il faut lire son argumentation.

Terminons en rappelant que M. Willemin a le premier pratiqué, à Vichy, les injections sous-cutanées de morphine dans le traitement des accès de coliques hépatiques, pratique sur laquelle il nous expose des considérations importantes; et qu'il a touché par quelques sages paroles à la question de la *cholécystotomie*, qui est à l'ordre du jour, et qui, grâce aux moyens dont dispose actuellement la chirurgie, mérite certainement une étude approfondie.

Le livre que nous avons sous les yeux étant connu, puisque c'est une quatrième édition, nous devions nous borner à mettre en relief quelques points particuliers; mais ce qui précède suffit pour en rappeler et en faire comprendre toute la valeur scientifique et pratique. — G. Richelot père.

Les abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde, par M. Paul Gallois. — Paris, 1885; Delahaye et Lecrosnier.

Le point de départ de cet intéressant mémoire est une observation, recueillie dans le service de M. Strauss, et dans laquelle ce savant médecin avait reconnu l'association de la fièvre typhoïde avec des abcès miliaires du rein.

M. Gallois a étudié ces abcès au double point de vue de la clinique et de l'histologie pathologique, et constate qu'ils ne sont pas une lésion spéciale de la fièvre typhoïde, mais bien plutôt un accident d'une pyémie secondaire de cause interne.

Les lésions rénales ont les caractères d'une périglomérulite suppurative causée sans doute par la migration de microbes à travers la capsule de Bowmann et leur accumulation dans le tissu conjonctif voisin. Le mécanisme de cette diapédèse est donc analogue à celui que Cohnheim admettait pour les leucocytes.

Le diagnostic de la lésion rénale est difficile et paraît même impossible; mais il importe surtout de reconnaître la pyémie secondaire. A cet effet, le traitement rationnel serait de pratiquer l'antisepsie intestinale avec des solutions « sinon d'acide phénique, « du moins d'acide salicylique additionné d'un poids égal de borax qui le rend soluble « dans l'eau. » De plus, cette médication a l'avantage d'abaisser la température et peut rendre des services dans les cas où l'administration du sulfate de quinine n'est pas tolérée.

Cette thèse a donc le mérite de traiter une question peu étudiée et de l'éclairer quelque peu. Elle restera donc comme un travail fort honorable pour son auteur distingué, et on en doit remerciement à M. Strauss, le maître éminent qui en a été l'inspirateur.

C. E.

A guide to the examination of the nose (*Guide pour l'examen des fosses nasales*), par Cresswell Baber. — Londres; Lewis, 1886.

Petit livre sans autre prétention que d'être pratique, l'ouvrage de M. C. Baber serait digne de tenter la plume d'un traducteur. En effet, s'il donne un complet résumé de l'anatomie normale et de la pathologie du nez, il fait surtout connaître les divers moyens d'exploration et l'instrumentation de l'examen rhinoscopique antérieur ou bien postérieur.

M. Baber termine par un chapitre où sont consignés tous les détails et toutes les manœuvres opératoires du diagnostic dans chacune des maladies des fosses nasales. C'est assez dire que, si l'étude physique de ces affections a été le principal objet de l'ouvrage, il n'en a pas été le seul but. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Accidents tétaniformes guéris par le repos, les calmants et les courants continus, par le Dr M. L. Moreau (d'Alger). — Il s'agit de phénomènes ayant tous les caractères de ceux du tétanos, trismus, opisthotonos, conservation de l'intelligence, survenus sans cause appréciable, sans blessure par conséquent, et ayant guéri en quatre jours sous l'influence de la morphine et du chloral à hautes doses, du repos absolu, des courants continus, et de l'enveloppement dans l'ouate. M. Moreau conserve des doutes sur la nature de cette affection. Le sujet, très névropathe, a déjà présenté des accidents semblables il y a quatorze ans, à la suite d'une contusion du cuir chevelu par un clou; cette fois on a dû, faute de mieux, invoquer une cause occasionnelle tout aussi minime en apparence, le patient se couvrant le corps de coups d'aiguilles au moyen d'un appareil assez semblable aux scarificateurs et qu'il donne comme une panacée. Ce retour de crises semblables paraît indiquer une prédisposition constitutionnelle que M. Moreau a recherchée dans l'hystérie sans la trouver d'une manière bien nette, car les phénomènes que M. Charcot appelle les stigmates de cette maladie, même dans le sexe masculin, étaient assez douteux. L'empoisonnement par la strychnine ne pouvait être invoqué. A la rigueur, l'examen de la température pendant les crises aurait pu contribuer à faire trancher la question, mais cette exploration a été négligée. L'hypothèse à laquelle on peut se rallier avec le plus de raison est celle d'accidents tétaniformes chez un névropathe, survenus à la suite d'une irritation cutanée répétée ; un véritable tétanos n'aurait peut-être cédé ni aussi facilement ni aussi vite. (*Alger médical*, janv. et févr. 1886, p. 31.) — L.-H. P.

Blennorrhagie ombilicale, par M. le docteur T. Morsly (de Constantine). — Cette affection si rare que l'auteur n'en a pas trouvé d'autre exemple, est survenue chez un jeune homme de 24 ans, affecté d'une blennorrhagie uréthrale ordinaire, mais chronique depuis deux ans, avec des recrudescences au moindre écart de régime.

Le nombril est depuis une semaine le siège d'un écoulement abondant, verdâtre, composé d'un pus bien lié, concret, tachant fortement la chemise qui se trouve empesée à ce niveau ; légère douleur dans la même région. Le pus a la même couleur et la même consistance que celui qui sort de l'urèthre. Jamais aucune éruption ni aucun écoulement antérieurs à l'ombilic.

Le traitement anti-blennorrhagique interne et des injections ombilicales et uréthrales de permanganate de potasse firent cesser le double écoulement en quinze jours.

Le diagnostic de l'affection était facile à porter, car il n'y avait jamais eu la moindre fistule ayant pu chez ce malade donner le change ; mais s'agissait-il bien d'une véritable blennorrhagie ? M. Morsly le croit parce que, dit-il, *naturam morborum medicamenta ostendunt*, et que l'écoulement ombilical a été tari par les mêmes moyens que celui de l'urèthre, mais il est regrettable qu'on n'ait pas cherché le *gonococcus* caractéristique, dont la présence aurait été plus démonstrative que son aphorisme, malgré son grand âge. Quant à la contagion, M. Morsly pense qu'elle a dû avoir lieu d'une façon directe ou médiate au moyen du muco-pus blennorrhagique provenant du canal de l'urèthre déposé sur la peau alors que la région se trouvait dénudée de son épiderme. (*Alger médical*, janv. févr. 1886, p. 47.) — L.-H. P.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mai 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le Secrétaire perpétuel mentionne à la correspondance une note relative aux « Saints de glace » qui sont : saint Gengould, saint Pancrace et saint Servais, fêtés les 11, 12 et 13 mai. A cette date, chaque année, il se produit un abaissement notable de la température. Cette année, la brusque dépression du thermomètre a été exceptionnelle. Il faut remonter jusqu'à l'année 1804, pour en trouver une semblable. La note est renvoyée à l'examen de M. Mascart.

M. Amagat élève une réclamation de priorité contre M. Wroblewski, à propos du volume atomique des gaz, et, en particulier du volume de l'oxygène. Il rappelle que le 2 mars 1885, il a adressé à l'Académie une note dans laquelle il donnait le chiffre de 1.24, et que ce n'est que plus tard que M. Wroblewski a fait reconnaître le chiffre de 1.25.

Sans attacher trop d'importance aux questions de priorité qui ne roulent que sur de faibles écarts, parce qu'il est très possible qu'à quelques semaines et, même, à quelques mois d'intervalle les docteurs ne connaissent pas les résultats atteints par leurs émules, on ne peut que s'applaudir de la concordance des chiffres obtenus. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les deux savants ont employé deux méthodes différentes : l'un, M. Amagat, a procédé par la voie du refroidissement, et c'est à la température de 200 degrés au-dessous de zéro qu'il a touché le but qu'il visait ; l'autre, M. Wroblewski, y est arrivé par la pression seule de 4,000 atmosphères. On peut dont adresser à tous deux les mêmes félicitations.

M. Larrey, au nom de M. Lignier, médecin major, dépose sur le bureau un travail relatif aux conditions et aux modes d'intervention chirurgicale dans notre corps d'occupation du Tonkin. Il en demande le renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

M. Charcot présente une troisième note de M. Bouchard, complétant les deux premières, dans lesquelles il étudiait la toxicité de l'urine chez l'homme et les animaux.

M. Charcot dépose en même temps sur le bureau un volume de M. le professeur Mosso (de Turin) intitulé : « De la peur », des modifications physiologiques qu'elle entraine, et des influences pathologiques qu'elle exerce.

A ce moment, — trois heures quarante, — la séance se transforme en cérémonie, en cérémonie aussi turbulente que solennelle. M. Chevreul, que les journaux disaient fort malade, fait son entrée dans la salle, au bras de M. Frémy, son ami et son successeur à la direction du Muséum. L'assistance entière se lève, suivant l'exemple du président, et elle écoute, debout, le discours que M. Jurien de la Gravière adresse au vénérable doyen de l'Académie, pour célébrer son centième aniversaire. Ce n'est qu'au mois d'août prochain que le siècle sera atteint par M. Chevreul ; mais M. le président, de concert avec l'Académie, a jugé bon de devancer un peu cette date, parce que beaucoup d'académiciens s'absentent pendant l'été, el qu'il fallait que la Compagnie fût au grand complet, comme elle l'est actuellement, pour féliciter M. Chevreul.

Après l'allocution très justement applaudie de M. le Président (nous la reproduirons quand nous en aurons le texte entre les mains), l'Académie offre à M. Chevreul la figure du « Penseur français » en bronze qui rappellera « longtemps encore » à l'illustre académicien les sentiments que ses confrères professent à son égard. (Cette figure, réduite à la demi-grandeur d'exécution, une de celles qui entourent le tombeau du général Lamoricière, est de M. Paul Dubois.)

— La séance est levée avant quatre heures.

— Profitons de l'espace qui nous reste pour résumer sommairement une note de M. Guiguard sur quelques phénomènes de la division du noyau cellulaire :

La division du noyau peut être suivie immédiatement de la division de la cellule, par suite de l'apparition d'une cloison entre les deux nouveaux noyaux, à l'équateur de la figure en forme de tonneau formée par eux et par les fils protoplasmiques qui les relient l'un à l'autre.....

..... Les granulations chromatiques du filament nucléaire, qui doivent à la nucléine leurs caractères particuliers, ne perdent pas peu à peu cette substance au moment de la formation de la plaque cellulaire. Tout d'abord fusionnées ou accolées dans le filament contracté du noyau en voie de formation, elles s'isolent bientôt les unes des autres et redeviennent distinctes quand le filament s'allonge ; elles grossissent même au fur et à mesure que le filament écarte ses replis et que le noyau augmente de volume. La coloration de la zone équatoriale est due aux granulations cytoplasmiques qui jouent un rôle important dans la formation de la plaque cellulaire. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend, outre les journaux et revues de la quinzaine, le tome VI, n° 1, de la *Revue des travaux scientifiques du Ministère de l'instruction publique.*

Une circulaire du Comité d'étude du Palais des Sociétés savantes. (Renvoyé au conseil d'administration.)

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Gillebert d'Hercourt fils, remerciant la Société des témoignages de sympathie qu'elle lui a donnés à l'occasion de la mort récente de son père.

M. de Ranse offre à la Société un exemplaire de son travail intitulé : *Pathogénie des maladies infectieuses : microbes, ptomaines et leucomaines.* Ce travail a été lu à l'Académie de médecine (séance du 2 mars 1886).

M. Fraigniaud : Messieurs, depuis notre dernière séance, nous avons été cruellement éprouvés par la perte de notre cher et vénéré président, M. Gillebert d'Hercourt. Il a été enlevé d'une façon si soudaine, que nous avons appris presque en même temps sa maladie et sa mort. Plusieurs d'entre nous se sont rendus à Enghien et ont assisté à ses obsèques. J'ai prononcé, sur la tombe de notre regretté président, quelques paroles d'adieu, dont je vais avoir l'honneur de vous donner lecture.

« Je viens, au nom de la Société de médecine de Paris, dont il était le président, dire un dernier adieu au médecin distingué, à l'homme de bien qui vient de nous être ravi si soudainement. Il n'y a pas encore quinze jours, il présidait notre séance ordinaire avec la parfaite courtoisie qui le distinguait et la grande expérience qu'il avait des réunions scientifiques au milieu desquelles sa vie s'était écoulée. Nous espérions le conserver longtemps encore, tant il paraissait jeune dans sa verte vieillesse.

Hélas! cette année aussi est une année terrible; les morts vont vite.

Hier, nous nous séparions de Thorens, notre jeune secrétaire général, enlevé aux premiers jours, aux premières promesses d'un brillant avenir. Aujourd'hui, nous venons saluer pour la dernière fois le vénéré président de notre Société qui meurt plein d'années, ayant accompli sa tâche. Que le souvenir de sa noble vie, parcourue avec honneur, parvienne à adoucir les regrets de sa famille, de son cher fils, notre collègue! Je les vois encore, le père et le fils, arrivant au milieu de nous, au bras l'un de l'autre, la maturité conduisant la jeune expérience, la touchante amitié les réunissant tous deux. Nous ne verrons plus ce tableau digne des grandes époques, mais nous en garderons le souvenir fidèle, et le fils trouvera toujours, au milieu de nous, ce double courant de sympathie.

Cher et vénéré président, adieu, au nom de la Société de médecine de Paris. »

Sur la proposition de M. Rougon, la Société décide que ce discours, accueilli par des marques unanimes d'assentiment, sera inséré au procès-verbal.

M. Hortelour lit une observation de plaie du testicule par une aiguille ayant pénétré dans le testicule, et dont il eut à faire l'extraction. (Sera publiée.)

M. de Beauvais : Une seule fois, à Mazas, j'ai eu à extraire une épingle qui avait pénétré dans la cloison du scrotum; elle y était depuis longtemps. J'ai pu facilement l'extraire avec une pince à torsion, et les suites de l'opération ont été des plus simples.

M. Bovet lit une observation d'un cas de rétrécissement de l'œsophage. (Sera publiée.)

M. Richelot : M. Bovet n'a-t-il pas songé, après le premier cathétérisme, à laisser une sonde à demeure pour faciliter l'alimentation?

M. Bovet : J'y avais songé et et j'en avais fait la proposition au malade; mais je me suis heurté à un refus absolu.

M. Dubrisay lit une observation d'angine diphthéritique chez un enfant de 12 ans. Paralysie consécutive. Mort. (Sera publiée.)

M. Perrin : Si l'enfant avait succombé dans le cours de la maladie, je comprendrais que M. Dubrisay attribuât la mort à une cause nerveuse, et qu'il expliquât ainsi la suffocation devenue rapidement mortelle. Mais l'enfant avait repris en apparence sa santé habituelle, il était retourné à ses jeux, les accidents des centres nerveux avaient disparu ; je serais beaucoup plus disposé à incriminer le cœur, et à admetttre qu'il y a eu une coagulation subite du sang.

M. Dubrisay : Je regrette beaucoup de n'avoir pu faire l'autopsie; elle n'aurait pas manqué de nous éclairer. J'ajoute que j'ai vivement blâmé la sortie prématurée de l'enfant et l'imprudence commise par les parents. Mais, pour en revenir à la cause de la mort subite, je dirai que j'incrimine le système nerveux, précisément parce qu'il y a eu des phénomènes de syncope ; les accidents se sont produits comme il arrive dans les cas de myélite. Dans la mort par infection, il n'y a jamais de caillot dans le cœur; le sang est alors fluide et a un aspect particulier. Les caillots ne se produisent que quand il y a des troubles nerveux. M. Dejérine a publié récemment un certain nombre de cas où il y avait des lésions bien caractérisées du côté de la moelle, et où les choses se sont passées comme chez mon petit malade. Quelques-uns de ses malades ont succombé huit, quinze jours après l'apparente guérison et à la suite d'accidents paralytiques. Je ne saurais donc me ranger à l'opinion de M. Perrin, d'autant plus que tout symptôme d'intoxication avait disparu.

M. Perrin : Je persiste cependant à croire que l'enfant a succombé à une complication cardiaque. Il y a eu, en effet, des accidents du côté du cœur pendant le cours de la maladie; il y avait donc là un point noir. En général, les enfants diphthéritiques n'ont guère de symptômes cardiaques que vers la fin de la maladie; il est possible que, chez le malade de M. Dubrisay, les accidents aient persisté, même pendant la convalescence.

M. Duroziez : En l'absence d'autopsie, il est assez difficile de discuter l'observation que nous a lue M. Dubrisay. Je serais assez disposé à mettre les accidents ultimes sur le compte de l'état général nerveux dont il nous parle; mais je pense qu'il faudrait peut-être aussi faire intervenir le cœur. J'ai vu un enfant succomber dans des circonstances à peu près identiques; il avait une péricardite facilement reconnaissable. Ne pourrait-on pas aussi faire intervenir l'urémie? Enfin, sous l'influence de la diphthérie, il peut y avoir altération du myocarde.

M. Dubrisay : Certainement, il peut y avoir une altération du myocarde par suite de la diphthérie; mais la péricardite ne se produit jamais dans ces conditions. D'ailleurs, je n'avais constaté aucun bruit anormal. Y avait-il de l'urémie? Je ne le pense pas, car l'albumine avait disparu; l'on sait d'ailleurs que, dans la diphthérie, il n'y a jamais que des albuminuries transitoires et, par conséquent, il n'y a pas de porte ouverte à l'urémie.

M. Duroziez : Je ne conteste pas que la péricardite soit rare dans la diphthérie; mais, quand il s'en produirait, la chose ne me paraîtrait pas extraordinaire, et l'affirmation de M. Dubrisay est peut-être trop absolue.

M. Polaillon lit une observation intitulée : *Kyste dermoïde de la région orbitaire interne gauche chez une petite fille de 9 ans. — Opération. — Guérison.* (Sera publiée.)

Élection. — Le scrutin, ouvert pour l'élection du secrétaire général, donne les résultats suivants : sur 17 votants, M. Christian obtient 16 voix; M. Thevenot, 1.

En proclamant ce résultat, M. Fraigniaud ajoute : J'exprime mes compliments bien sincères à M. Christian, qui nous a déjà donné les preuves de son dévouement et de la manière distinguée dont il sait remplir ces fonctions si importantes et si difficiles.

M. de Beauvais : En applaudissant de tout cœur à la nomination si légitime de notre cher collègue M. Christian au poste de secrétaire général, je demande à signaler, à ce

propos, une curieuse observation. Depuis la fondation de la Société de médecine de Paris jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis *quatre-vingt dix ans*, il y a eu *treize secrétaires généraux*. Sur ce nombre, *quatre* appartiennent à la savante et laborieuse école de Strasbourg.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, avec quel ardent patriotisme et quelle touchante émotion, l'an dernier encore, le regretté Thorens analysait devant vous les travaux de la Société médicale de Strasbourg, de cette Société qui a été si heureuse et si fière de renouer avec la nôtre, au premier appel, les liens scientifiques interrompus pendant les années de douleur et de deuil. Dans cette communion d'idées, une dernière et puissante consolation était réservée à Thorens, celle de se voir suppléé et représenté par son meilleur ami et son compatriote dévoué.

A l'occasion de l'élection définitive de M. Christian, je crois être l'expression fidèle de nos collègues en rendant aujourd'hui un solennel et pieux hommage à cette noble et généreuse province qui nous reste toujours si chère, et qui nous a dotés de secrétaires généraux aussi distingués par le talent que par le cœur.

M. Christian : Je remercie la Société du grand honneur qu'elle me fait, et je n'ai pas besoin de l'assurer de mon entier dévouement. Je n'aurai d'ailleurs qu'à m'inspirer des exemples donnés par mes honorables prédécesseurs pour être sûr de répondre à ce que vous attendez de moi.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Pellier.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Widal, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Jardet, démissionnaire.

— Le jury du concours qui s'ouvre le 24 mai 1886, à l'administration de l'Assistance publique, pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux, se compose définitivement de MM. les docteurs Ribemont, Pinard, Desormeaux, Budin, Bouilly, Hérard et Nicaise.

— Le jury du concours de l'agrégation (section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle) qui doit s'ouvrir le mardi 1er juin 1886, est composé de MM. Béclard, président, Sappey, Mathias-Duval, Cornil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Planchon, professeur à la Faculté de Montpellier ; Bouchard, professeur à la Faculté de Bordeaux ; Renaut, professeur à la Faculté de Lyon ; Marey, membre de l'Académie de médecine, et Charles Richet, agrégé à la Faculté de Paris, juges titulaires ; et de MM. Laboulbène, Grancher, Proust, professeurs à la Faculté de Paris, et Rémy, agrégé à la Faculté de Paris, juges suppléants.

— Le jury du concours des sciences physiques et chimiques, qui doit s'ouvrir le mardi 1er juin 1886, se composera de MM. Gavarret, président ; Gautier et Regnauld, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Moitessier, professeur à la Faculté de Montpellier ; Crolas, professeur à la Faculté de Lyon ; Gariel, membre de l'Académie, et Lutz, agrégés de la Faculté de Paris, membres titulaires ; et de MM. Brouardel, Hayem, professeurs à la Faculté de Paris ; Hanriot et Bourgoin, agrégés à la Faculté de Paris, juges suppléants.

— M. le docteur H. Picard commencera le lundi 24 mai, à cinq heures, à sa clinique, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 18, passage des Deux-Sœurs.

Sommaire

I. Horteloup : Observation de plaie du testicule par une aiguille. — Corps étranger resté dans le testicule. — Extraction. — II. Surmay (de Ham) : Réponse au rapport de M. de Ranse sur la création d'un Ordre des médecins. — III. Bibliothèque : Report of Committee on desinfectants of the American public health Association. — Peste de Cadeiras ou épizootia de Marajao. — De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile. — IV. Revue des Journaux : Note sur un cas de rétention d'urine d'une origine exceptionnelle. — Un cas remarquable de tétanos traumatique terminé par la guérison. — V. Sociétés médicales des départements : Société centrale de médecine du département du Nord (4e trim. 1885). — VI. Variétés : Le traitement de la fièvre par l'eau froide d'après le Coran. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. IX. Feuilleton : Promenades au Salon.

Observation de plaie du testicule par une aiguille. — Corps étranger resté dans le testicule. — Extraction.

Lue à la Société de médecine dans la séance du 8 mai 1886,

Par M. le docteur Horteloup, chirurgien de la Maison municipale de santé.

M. S..., 40 ans, se présente chez moi le 22 avril pour me demander de lui retirer une aiguille du testicule gauche.

Il me raconte que, dans la nuit précédente, il s'est réveillé en éprouvant, dans le testicule, une sensation de piqûre; il se jette à bas du lit, mais ce mouvement augmente la douleur qui le force à rester immobile. Quelques instants après, la douleur cesse; aussi, sans chercher à faire aucun mouvement, il défait un caleçon qu'il portait, et examine, sans y toucher, la région douloureuse. Il aperçoit alors, dans les plis du scrotum, une tête d'aiguille dans le chas de laquelle passait un fil blanc. Il saisit le fil pour faire une traction; mais, soit qu'il fut mal placé, soit que sa main tremblât, l'aiguille se brisa au ras de la peau et il lui resta dans la main un morceau de 1 centimètre.

Très effrayé, M. S... envoie chercher un médecin qui lui répondit de ne pas se tourmenter, que de deux choses l'une : ou l'aiguille sortirait seule ou qu'elle se logerait dans les tissus sans inconvénients.

Cette réponse ne fut pas accueillie avec grande résignation, car, à chaque mouvement, la sensation douloureuse reparaissait, et, de plus, le malade était très effrayé de cet accident.

Le lendemain, lorsque je vis M. S..., il marchait, courbé en deux, avec une certaine

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON (1)

II

Puisque nous parlons de M. Edelfeld, disons que nous avons vu de lui, dans la salle des pastels (32), une œuvre également digne d'attirer l'attention. Il s'agit des portraits de deux jeunes mariés, « M. et Mme V...), selon le livret. Le nom ne nous importe guère. Le mari, debout, sculpte une petite figurine, sans modèle. La jeune femme, assise, le regarde. Il n'y a rien dans le sujet, ni dans la façon dont il est composé, qui soit de nature à captiver outre mesure le spectateur. Mais la main gauche de Mme V... se présente de face, à demi-ouverte, et l'index s'appuie légèrement contre la joue de la jeune femme. Cette main, — cette main si jolie! — (vieux air), est remarquable à certains égards. Les plans en sont bien étudiés, et si le contour du bord cubital était plus serré, elle serait bien près d'être parfaite. Or, la main est certainement une des choses qui donnent le plus de valeur à une œuvre d'art. Elle est, pour ainsi dire, la marque des maîtres. Et cela se conçoit : outre que la main, en raison de sa complexité, est d'une exécution fort difficile; qu'elle exige une sûreté de dessin qui devient de plus en

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 mai.

©BIU Santé

crainte; il souffrait peu, mais, s'il se relevait ou faisait un mouvement rapide, la douleur se réveillait.

Je voulûs savoir comment semblable accident avait pu se présenter : M. S... me raconta que la veille au soir il avait mis, pour se coucher, un caleçon de toile qui revenait du blanchissage et qu'il pensait que l'ouvrière chargée d'examiner son linge avait laissé, piquée dans le caleçon, une aiguille dont elle venait de se servir.

J'examinai la partie malade :

Il n'y avait aucun gonflement; le scrotum était légèrement rétracté et relevait le testicule. Je constatai qu'il n'y avait aucun corps étranger dans les parois du scrotum; l'épididyme, normalement placé, était intact; mais, en examinant le testicule, on trouvait en haut, et un peu en arrière, une pointe dure. Je pressai alors le testicule légèrement entre le pouce et l'index, et je pus parfaitement saisir, entre le pouce et l'index, un corps dur, allongé; mais, lorsque je voulus exercer une légère pression pour le maintenir, il semblait basculer et je ne sentais plus rien.

Cet examen permettait de contrôler le récit du malade; il n'était pas douteux qu'il y eût, dans l'épaisseur du testicule, d'avant en arrière, plutôt à la partie supérieure, une aiguille dont je sentais les extrémités.

La disparition rapide du corps étranger tenait à ce que, situé dans un organe aussi mobile que le testicule, celui-ci glissait entre les doigts.

Je fixai le testicule avec la main gauche en tendant bien le scrotum, je cherchai la tête de l'aiguille avec l'index de la main droite et la pointe avec le pouce; lorsque je fus certain de la bien tenir, je poussai la tête ou du moins la partie qui, d'après le récit du malade, devait y répondre, et je cherchai à faire sortir la pointe entre les deux pouces qui en maintenaient la direction.

Cette manœuvre fut suivie d'un bon résultat, car je sentis la pointe traverser la peau et venir piquer le pouce gauche; mais, lorsque je voulus saisir une pince pour extraire l'aiguille, le malade fit un mouvement par suite de la douleur, le testicule bascula et l'aiguille rentra sous la peau.

Je vis qu'il était impossible d'arriver à une extraction sans avoir un aide pouvant saisir l'aiguille lorsque la pointe apparaîtrait à la peau et je remis l'opération au lendemain. Je conseillai au malade de rentrer chez lui s'appliquer des cataplasmes froids.

Le lendemain, je me fis montrer la tête cassée de l'aiguille et, comparant avec une autre aiguille, je vis qu'il manquait environ 3 centimètres 1/2.

Je refis la même manœuvre que la veille, mais ce ne fut pas sans une extrême diffi-

---

plus rare, elle est comme le signe même du titre de chaque individu. Galien a montré d'une façon magistrale les services innombrables que nous rend la main. Mais, sans relire le magnifique *Traité de « usu partium »*, — ce qui serait un peu long pour des promeneurs, — que chacun réfléchisse à ce que serait l'homme s'il n'avait pas le pouce opposable. On peut dire que c'est la main qui a le plus contribué à faire l'humanité ce qu'elle est. On ne saurait donc la traiter avec trop de déférence. Nous aurons plus d'une occasion de revenir sur ce sujet.

Cherchons d'autres portraits appartenant à notre famille médicale, il n'en manque pas, tant à la peinture qu'à la sculpture, et il est toujours agréable, dans ce local immense, habité par un monde si étrangement mêlé, de rencontrer des figures de connaissance.

A la salle 6, nous voyons d'abord M. Ch. Périer, agrégé, chirurgien des hôpitaux, etc., peint par M. Bernardo, et parfaitement ressemblant.

A la salle 8, M. Polaillon, agrégé, chirurgien des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine. Peinture sage, soignée, extrêmement ressemblante, et due à M. George Roussin.

A la salle 10, le portrait, par M. de Vergèses, d'un tout jeune agrégé, M. R..., que nous n'avons pas l'honneur de connaître. La tête, bien peinte d'ailleurs, n'indique pas plus de 27 ou 28 ans. La robe n'est pas finie et devra être reprise après le Salon. La main gauche, posée à plat, ne perdra rien non plus à être retouchée; elle est molle et empâtée, et cela paraît choquant chez un si jeune et si joli garçon.

A la salle 17, placé un peu haut, sans numéro et sans nom visible d'auteur, nous

culté qu'elle réussit ; plusieurs fois l'aiguille échappa ; enfin je parvins à faire sortir la pointe de quelques millimètres, mon interne saisit la pointe avec une pince à ligature. Mais la première fois la pince glissa et cassa même l'extrémité de l'aiguille ; cette légère traction en avait fait sortir un peu plus et en employant une pince à forcipressure, pendant que je pressais sur l'autre extrémité, je pus obtenir l'extraction de l'aiguille qui était noire par suite de l'oxydation.

Le morceau retiré avait 33 millimètres et, sauf la petite extrémité pointue de l'aiguille, on pouvait retrouver toute l'aiguille.

Les suites de cet accident furent insignifiantes ; je fis continuer les applications froides et, six heures après, il eût été impossible de soupçonner que le testicule avait été le siège d'un traumatisme ; le malade n'avait plus éprouvé la moindre douleur ni le moindre gonflement, et la palpation était indolore.

J'ai cru intéressant de publier cette observation, car je n'en connais pas de semblable. Les cas de blessure du testicule par instruments piquants non chirurgicaux sont tout à fait exceptionnels ; car, dans les observations de plaies du scrotum, on ne voit jamais indiquer de plaie du testicule qui trouve, dans sa mobilité excessive et dans le crémaster, un moyen d'échapper au traumatisme.

Ce fait permet de vérifier la tolérance du tissu du testicule. Nous connaissons tous des faits dans lesquels, pendant des opérations d'hydrocèle, le testicule a été non seulement piqué, mais traversé par un trocart, et les suites de cet accident ont toujours été simples.

Mais, dans ces cas, le corps étranger ne reste que quelques instants en contact avec le tissu du testicule ; chez mon malade, il y a eu un séjour de trente-six heures pendant lesquelles il a été fait des mouvements ayant remué l'organe lésé ; malgré cela tout s'est admirablement passé et il n'y a eu aucune trace d'inflammation.

Au point de vue du manuel opératoire, je crois utile de dire combien l'immobilisation de l'aiguille a été difficile. Plusieurs fois, lorsque je croyais n'avoir plus à faire qu'une légère pression pour amener la pointe au dehors, un mouvement du testicule faisait disparaître le corps étranger. Aussi je

---

reconnaissons feu M. Rufz de Lavison. L'expression de la tête a quelque chose de mesquin, tout le portrait est d'une peinture assez mince. Enfin, nous l'avons reconnu, c'est, au point de vue du souvenir, l'affaire importante.

Nous avons passé tout à l'heure devant deux grands portraits dont nous devons dire un mot, bien qu'ils n'aient rien de médical, mais tout le monde en parle ; tout le monde vient les voir ; c'est, dans l'argot d'aujourd'hui, un des *clous* du salon. Voyons donc ces deux portraits qu'a envoyés M. Cabanel. Ils sont à la salle 20, et représentent, l'un, le fondateur de l'ordre des petites sœurs des pauvres ; et, l'autre, la fondatrice du même ordre. Ils sont loin d'avoir une égale valeur. Celui de la fondatrice est une œuvre de premier mérite ; nous ne croyons pas que l'artiste ait jamais rien fait de mieux, ni même d'aussi bien que la tête de ce portrait. Celui du fondateur est fort ordinaire et ne vaut guère qu'on s'y arrête. L'une des mains, la gauche, paraît plus maigre que l'autre. Les mains de la fondatrice sont fort belles ; c'est, au surplus, une justice à rendre à M. Cabanel, que dans toutes ses œuvres, il a particulièrement soigné les mains, aussi justice lui a-t-elle été rendue sous ce rapport ; nous sommes convaincu que ce sont ses efforts constants pour reproduire l'anatomie et la physionomie de la main qui ont, plus que le reste, contribué à lui ouvrir les portes de l'Institut, ajoutons que le mobilier, les accessoires et les costumes, d'une fidélité scrupuleuse, rendent, au point de vue historique, ces portraits tout à fait intéressants.

On a fait courir le bruit que M. le Président de la République, visitant les salles de

conseillerai bien vivement de ne pas chercher à mener à bonne fin cette petite opération sans avoir une excellente pince confiée à un aide adroit qui saisisse avec soin la pointe et opère sans secousse, sans déviation, l'extraction du corps étranger.

Réponse au rapport de M. de Ranse sur la création d'un Ordre des médecins

Discours prononcé à l'Assemblée Générale de l'Association générale des médecins de France dans la séance du 3 mai 1886, par le docteur Surmay *(de Ham), Vice-Président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin.*

Messieurs,

Nous avons tous lu la réponse que mon honorable ami M. Mougeot a déjà faite à M. de Ranse et que la Société de l'Aube a eu l'excellente idée de nous distribuer. Après ce plaidoyer où l'esprit le dispute à la raison, on pourrait dire que sa défense est complète. Toutefois, comme c'est mon propre projet qui a été tout particulièrement mis en cause ; comme, d'ailleurs, le débat est d'importance extrême, j'espère qu'on ne trouvera pas excessif que je réponde à mon tour et pour mon compte, et que vous voudrez bien m'accorder pour cela quelques minutes d'attention.

Je ne rentrerai pas dans les considérations générales d'intérêt social, de dignité et d'intérêt professionnels qui m'ont déterminé à reprendre la tradition du Congrès médical de 1845 et à ouvrir une nouvelle campagne en faveur de la création d'un Ordre des médecins. Quelles qu'aient été les critiques et les attaques dont elles ont été l'objet, ces considérations restent entières. Si nous sommes meilleurs ou pires que ceux qui ont vécu avant nous, c'est ce qu'aucune statistique ne peut établir, j'en fais l'aveu à M. de Ranse. Mais les mêmes plaintes rappellent les mêmes maux et je puis encore être compris en parlant comme Amédée Latour dans son discours d'ouverture du Congrès de 1845 « des besoins et des souffrances du corps médical, des abus qui l'oppriment, des excès « qui le dégradent, de l'isolement qui l'énerve ». Si vous entendez aujourd'hui invoquer le même remède qu'il y a quarante ans, c'est que, d'une part, ce remède, bien que tout préparé, n'a pas été appliqué et que, d'autre part, on n'en a pas trouvé de meilleur.

Ils n'ont pas pensé, nos devanciers, les Serres, les Bouillaud, les Malgaigne, les Latour, les Cerise, pour ne citer que les plus illustres parmi les morts, — et les

---

peinture l'avant-veille de l'ouverture publique, aurait dit à M. Cabanel : Êtes-vous bien sûr que ces portraits ne sont pas de Van-Dyck ? »

C'était très aimable, mais excessif.

Pendant que je regardais le fondateur et la fondatrice de l'ordre des petites sœurs des pauvres, un de mes amis me racontait l'histoire suivante, dont je ne crois pas un mot, mais qui n'a pas laissé de m'amuser. Un peintre contemporain, bien connu par ses portraits tapageurs, et non sans talent, était allé en Espagne. « Qu'êtes-vous donc allé faire là-bas ? » lui demandait-on. « On m'avait, répondit-il, beaucoup vanté les portraits de Vélasquez, et cela m'inquiétait. J'ai voulu voir. — Et maintenant ? — Oh, maintenant, je suis rassuré. »

Signalons encore deux portraits d'artistes d'une valeur exceptionnelle : L'un, dans la salle 4, de M. Joseph Tournois, par lui-même. M. Tournois est un ancien prix de Rome ; il est sculpteur, et on le voit bien à la solidité, à la fermeté de sa peinture. On pourrait faire aisément un buste, d'après ce portrait, d'une res semblance intense ; — l'autre, salle 23, de M. Adolphe Leleux, un de nos peintres les plus appréciés depuis longtemps. Celui-ci est de la peinture, non de sculpteur, mais de peintre. Il a, toutefois, les mêmes qualités de solidité et de fermeté que le précédent. De plus, il est d'une tonalité excellente et nous ne pensons pas qu'il soit possible de réaliser une ressemblance plus saisissante sous tous les rapports. Le fond gagnerait, selon nous, à être débarrassé des petits nuages floconneux qui en troublent l'unité. La tête est assez puissante pour être seule.

rares survivants de cette époque, que nous avons le bonheur de retrouver aujourd'hui à la tête de l'Association, ne pensaient pas non plus alors que ce que les autres professions libérales regardent comme la sauvegarde de leur honneur et le gage de leur autorité pût être pour la nôtre une cause et un signe de dégradation.

Ce qu'ils croyaient d'instinct, nous, nous pouvons l'affirmer par l'expérience.

Est-ce que l'Association générale des médecins de France qui vise la moralisation aussi bien que l'assistance a cru que, pour atteindre le premier de ces deux buts, il suffirait de l'inscrire dans sa devise? Est-ce qu'elle a fait fi du châtiment et de la crainte qu'i inspire? Et les défaillances qu'il lui appartient de relever et, au besoin, de punir, les connaît-elle autrement que ne les connaîtrait l'Ordre des médecins? Que ne lui reprochez-vous aussi d'inciter à la délation, à la jalousie, à la haine, et pourquoi réserver pour l'Ordre des médecins de telles accusations? Cet Ordre des médecins, que vous représentez comme si haïssable, serait-il autre chose que l'Association aggrandie, mais pourvue, par l'obligation et la sanction légales, de ce qui lui est indispensable pour l'entier accomplissement de l'œuvre qu'elle s'est donnée pour objet. L'obligation, dites-vous, conduit à l'hypocrisie. Ah! plût à Dieu, dirai-je alors, qu'il y eût plus d'hypocrites et moins de récidivistes.

Il ne faut pas que la femme de César soit soupçonnée; j'ajoute : il faut que la femme de César soit honorée. En deux mots, voilà, selon moi, Messieurs, l'idée maîtresse, le commencement et la fin de l'Ordre des médecins.

Je n'hésite pas et j'entre de suite avec M. de Ranse dans l'appréciation des déclarations des Sociétés locales.

I

Lorsqu'en 1845 on s'adressa au corps médical français pour le consulter sur l'opportunité d'un Congrès, dont l'objet serait de délibérer et de prendre des résolutions sur toutes les questions touchant aux intérêts de tout genre de la profession, une adhésion unanime se manifesta dans toute la France et de tous les départements arrivèrent des délégués. La commission qui devait s'occuper des chambres de discipline en vota la création à l'unanimité et son opinion fut ratifiée par la très grande majorité du Congrès.

Aujourd'hui, c'est bien différent. — Sur 96 sociétés locales, y compris la Société centrale, qui composent l'Association générale des médecins de France, 38 seulement ont répondu à l'appel qui leur a été adressé par le Conseil général, six ont ajourné l'examen

---

Le même artiste a exposé, à la salle 15, un joli tableau de genre, sous ce titre : « Douce ivresse. » La scène se passe en basse Bretagne. D'un cabaret rustique sur les murs duquel sont écrits ces mots incompréhensibles pour nous : « Aman Zo-Christman », sortent un homme et une femme. L'homme n'est pas très solide sur ses jambes, mais il est souriant, il a bu du bon cidre, il sent un vague bien-être, et il se laisse, sans résistance, emmener à la maison par sa femme, une gaillarde à la voix haute et à la poigne solide. Tout cela est charmant, d'une observation juste et d'une couleur des plus agréables.

J'ai été témoin, il y a quelques années, d'une scène analogue à Paris. Il y manquait le pittoresque des costumes, mais le caractère parisien y était si nettement empreint, que le souvenir n'en est resté toujours présent. C'était sur le trottoir de la rue de Vaugirard qui longe la grille du Luxembourg. Une femme du peuple d'un certain âge, hargneuse, les sourcils froncés, marchait d'un pas ferme, précédant son mari, petit, vieux, quelque peu pochard, à la physionomie douce et spirituelle, qui la suivait comme un chien. La situation était claire. La femme venait d'arracher l'homme aux douceurs du mastroquet, et celui-ci n'était pas sans inquiétude sur le sort qui l'attendait au logis. Arrivés devant la porte de la grille, la femme se retourne d'un air revêche et dit d'une voix dure : « Veux-tu prendre par le jardin? » Le mari la regarde avec un sourire « désarmant » (si l'on veut me permetre cette expression) et dit : « Ah! voilà, c'est que j'ai pas ma muselière! »

(*A suivre.*)

Cl. Suff.

©BIU Santé

de la question à une séance ultérieure ou en ont confié l'étude au bureau ou à la commission administrative. Quatorze ont émis une opinion favorable et dix-huit ont exprimé une opinion défavorable.

« Parmi celles qui en ont ajourné l'étude, dit M. le rapporteur, il est facile de pré-« voir pour deux au moins, quelle sera la conclusion de cette étude, d'après l'opinion « émise par leur secrétaire général, et cette conclusion est défavorable. »

J'apporterai dans cette appréciation un peu plus de discrétion, car je pourrais citer tels secrétaires généraux et tels présidents qui ont été battus par le vote de leur société, les uns dans un sens, les autres dans un autre.

« L'ajournement, poursuit M. le rapporteur, auquel a abouti la Société du Rhône, « équivaut ainsi presque à un rejet. »

Une pareille interprétation me paraît au moins hâtive, car « la commission adminis-« trative chargée d'étudier la question », — je copie textuellement le rapport de M. de Ranse, — « après une discussion approfondie qui n'a pas occupé moins de trois « séances, pense que la création d'un Ordre des médecins serait une chose désirable ; « mais, en présence de la difficulté de donner aux prohibitions qu'il serait appelé à « prononcer une sanction efficace, elle est d'avis qu'il y a lieu d'étudier à nouveau cette « question. »

En ces termes, je puis prendre cette réponse aussi bien pour moi que M. de Ranse l'a prise contre moi. J'y suis d'autant plus fondé que la Commission a admis cette conclusion, malgré un plaidoyer contraire fort vif et chaleureux de M. Diday en qui je me plais à reconnaître un adversaire aussi loyal que courtois. On peut lire les articles de M. Diday à ce sujet dans le *Lyon-Médical*, numéros 28, 29, 30 et 32 (1885).

Parmi les Sociétés dont l'opinion est défavorable à l'Ordre des médecins, M. le rapporteur range celle de l'Isère, dont il cite le vote motivé que voici : « Considérant que le « corps médical français poursuit un but principal qui est d'obtenir, le plus tôt possible, « la revision des lois et règlements qui régissent la médecine, et l'adoption d'un projet « émané de l'Association générale qui doit prochainement être soumis aux Chambres, « la Société refuse de s'en laisser distraire par tout autre objet, avant que ce but soit « atteint, et passe à l'ordre du jour. »

Je vois dans la Société de l'Isère une personne prudente, qui craint, comme on dit, de poursuivre deux lièvres à la fois. Mais, comme il peut arriver à tout chasseur surpris, elle a vu deux lièvres où il n'y en avait qu'un ; — et je l'ai bien montré en insérant mon projet dans celui que vous avez voté, il y a deux ans. En tout cas, la Société de l'Isère est bien capable de faire coup double et je n'en désespère pas.

J'en dirai autant de la Société centrale qui, trouvant « notre projet très séduisant en théorie » se rangera peut-être à notre avis quand elle aura reconnu que la loi proposée sur l'exercice de la médecine, en laquelle elle place provisoirement ses espérances, ne lui offre, pas plus que notre projet, de sanction efficace pour assurer l'exécution de sa décision, relativement aux médecins devenus indignes par condamnation afflictive ou infamante et, par suite, frappés d'interdiction.

Pour la Société de la Gironde, M. le rapporteur s'exprime ainsi : — « Après une étude « aussi longue, aussi complète, aussi importante, la Commission, le Conseil d'adminis-« tration et, enfin, la Société ont rejeté le projet comme absolument impraticable. »

Voici ma réplique. Si mes informations sont exactes, — et j'ai le droit d'affirmer qu'elles le sont, — ce n'est qu'à la majorité de deux voix que la Société de la Gironde a émis son vote. J'ajouterai que dans sa réunion générale du 24 février dernier, le syndicat girondin a émis un vote favorable à l'institution d'un Ordre des médecins. Enfin, puisqu'on a cherché jusque dans l'Ordre des avocats, des arguments contre notre projet, il me sera permis, sans sortir de Bordeaux, de signaler le discours de rentrée de M. l'avocat général Bruno-Lacombe, dans lequel cet éminent magistrat exprime formellement un vœu en faveur de l'institution d'un Ordre des médecins. De ce côté encore, mes amis et moi pouvons donc avoir quelque espérance et nos adversaires n'ont droit qu'à un triomphe modeste.

« En somme, dit M. de Ranse, en terminant son analyse et sa statistique des déclarations des Sociétés locales, si l'on met hors du cadre les deux Sociétés de Saint-

« Quentin et de l'Aube, qui ont été les provocatrices du projet, et si l'on range avec les « Sociétés qui ont fait une réponse défavorable les deux au sein desquelles le secrétaire « général a combattu ce projet dans les termes reproduits plus haut, on voit que sur « 32 sociétés qui ont fait connaître leur avis à propos du vœu exprimé par les deux « premières sociétés en faveur de l'institution d'un ordre des médecins, 12 se sont pro- « noncées pour et 20 contre cette institution. »

Et moi je dis : si on laisse dans le cadre les deux Sociétés de Saint-Quentin et de l'Aube qui ont été les promotrices du projet, si je mets hors de compte les deux Sociétés dont le secrétaire général seulement et personnellement a exprimé une opinion défavorable, et si je ne fais entrer en ligne que les Sociétés, au nombre de 32, qui se sont prononcées, je trouve que 14 ont émis une opinion favorable et 18 une opinion contraire. Mais, si, usant de la liberté d'interprétation et de statistique dont M. le rapporteur m'a donné l'exemple, je mets à mon avoir, non pas les six Sociétés qui ont ajourné leur conclusion jusqu'à plus complète information, mais la moitié seulement, c'est-à-dire 3, si j'y ajoute la Société de l'Isère qui a déclaré qu'il était prudent de ne s'occuper que d'une chose à la fois et que cette chose était d'abord la loi proposée sur l'exercice de la médecine, puis la Société centrale qui parle à peu près dans les mêmes termes que celle de l'Isère, mais après avoir dit que l'Ordre des médecins est séduisant, puis celle de la Gironde, où il y a plutôt une suspension d'armes qu'une victoire et une défaite, et enfin celle du Rhône qui, après avoir declaré que l'Ordre des médecins est désirable, a voulu que la question fût soumise à une nouvelle étude, j'arrive à ce résultat que 21 Sociétés pourraient être considérées comme sensiblement acquises au projet de création d'un Ordre des médecins et 17 comme définitivement défavorables.

Mais quittons la fantaisie et tenons-nous à la réalité.

Après le rapport que vous avez entendu hier et la réponse que vous me faites l'honneur d'écouter aujourd'hui, une seule chose est certaine et la voici : 32 Sociétés seulement sur 96, — c'est-à-dire juste le tiers, — s'étant prononcées sur la question, 14 dans un sens et 18 dans un autre, il est impossible d'en conclure, comme l'a fait M. le rapporteur, que le projet de MM. Surmay et Mougeot est rejeté par la majorité des Sociétés locales. Accorder cela serait de notre part, à nous les promoteurs du projet, autre chose que de l'humilité ; ce serait une trahison.

Nous connaissons clairement l'opinion de M. le rapporteur qui est celle de la Commission et du Conseil général, mais nous ne connaissons pas l'opinion des Sociétés locales qui composent l'Association générale, et la vraie conclusion, c'est qu'il faut poursuivre l'enquête commencée. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

REPORT OF COMMITTEE ON DESINFECTANTS OF THE AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (*Rapport de la Commission des désinfectants de la Société de médecine publique américaine*), — Baltimore, 1885.

Cette commission avait pour objet de donner la formule des meilleures solutions désinfectantes, d'établir les conditions de la désinfection et de fixer, par des recherches expérimentales, les propriétés germicides des substances employées habituellement dans ce but. Ces travaux ont été entrepris dans le laboratoire de l'Université de John's Hopkin avec des ressources fournies par une souscription publique, à laquelle prirent part les principaux bureaux sanitaires des Etats de l'Union. Enfin les résultats obtenus furent discutés et adoptés par une commission qui avait pour membres : MM. Sternberg, Raymond Smart, Vaughan, Leeds, Watkins et Rohé.

Dans un numéro précédent, nous avons fait connaître la formule des *standard solutions* nos 1, 2 et 3, dans lesquelles entrent comme substances actives le chlorure de calcium, le sulfate de cuivre, le permanganate de potasse et le sublimé. Dans ce rapport, les commissaires en indiquent l'emploi et donnent des instructions populaires sur la désinfection après ou pendant les maladies. Ces instructions sont nettes, claires, pré-

cises, qualités dignes de les faire apprécier même en Europe, où l'initiative privée laisse trop la place à l'intervention officielle dans les questions hygiéniques et médicales de cette nature. — C. L. D.

PESTE DE CADEIRAS OU ÉPIZOOTIA DE MARAJAO. (La peste de cadeiras ou épizootie de l'île de Marajao), par M. de LACERDA, 1885. Rio-Janeiro.

Le nom de M. de Lacerda est honoré en Europe autant que dans l'Amérique du Sud. L'ouvrage actuel ne contribuera pas peu à augmenter cette haute renommée et l'estime générale qu'inspirent les savants brésiliens.

L'épizootie des chevaux de l'île du Marajao n'avait pas encore été étudiée anatomiquement et histologiquement. M. de Lacerda a eu la bonne fortune de pouvoir le faire et de découvrir des lésions médullaires de l'ordre des scléroses diffuses sur les animaux qui en sont victimes. De plus, il a vu qu'elles avaient pour cause un microphyte du groupe des ascomycètes, microphyte dont l'inoculation aux oiseaux et aux mammifères provoque l'apparition des symptômes du béribéri.

En outre, les mêmes microphytes ont été trouvés dans les tissus d'individus atteints du béribéri, de sorte que notre confrère brésilien en conclut à l'identité du béribéri de l'homme avec la peste du cheval à l'île de Marajao. Si ces conclusions se vérifient par des recherches de contrôle, la découverte de M. de Lacerda aura donc éclairé définitivement la pathogénie fort obscure du béribéri. Elle donne aussi une nouvelle preuve de son activité et de l'importance du laboratoire de physiologie expérimentale du muséum de Rio-Janeiro dont il est est l'habile directeur. — Ch. ELOY.

DE L'ANTIPYRINE DANS LA THÉRAPEUTIQUE INFANTILE, par M. Moncorvo. Paris, 1886; Berthier.

Notre confrère brésilien est un enthousiaste de l'antipyrine; mais son opinion est bien fondée d'ailleurs, car elle se motive sur des recherches cliniques aussi nombreuses que sérieuses. En effet, M. Moncorvo est de ceux qui attendent les résultats de leur propre expérimentation avant de prononcer leur jugement. Aussi, avant de prôner l'antipyrine à sa valeur, l'habile professeur de clinique infantile de la polyclinique de Rio-Janeiro a-t-il pris soin de la prescrire dans les affections inflammatoires des voies aériennes, le rhumatisme aigu, les maladies chirurgicales et l'impaludisme aigu.

Cette méthode a été féconde, mais s'il a constaté, après d'autres, les propriétés franchement antithermiques de cette substance contre les fièvres inflammatoires, il a observé aussi ce que d'autres cliniciens n'ont pu constater dans leurs essais, son efficacité dans les fièvres intermittentes bénignes, en éloignant les retours fébriles, en abaissant les maxima de température et en rendant plus prompte l'action de la quinine.

Jamais, écrit-il, il n'a eu à noter les inconvénients de l'exagération des sueurs, de la provocation de vomissements et de l'adynamie. D'autre part, M. Moncorvo explique l'action de ce médicament par une modification dynamique des centres nerveux calorigènes et partage les opinions des expérimentateurs européens, MM. Huchard, Dujardin-Beaumetz, Bernheim et Arduin. Enfin, comme mode d'administration, chez les enfants, il recommande la méthode des injections sous-cutanées. Ce nouveau travail de l'infatigable observateur brésilien est un des travaux les plus estimables de la thérapeutique contemporaine. — Ch. ELOY.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur un cas de rétention d'urine d'une origine exceptionnelle, par HALIDAY CROOM. (*The Edinburgh medical Journal.*) — Un jeune homme amène récemment, dans le cabinet du docteur Haliday Croom, professeur d'obstétrique à Édimbourg, sa jeune femme, qui se plaint d'une distension du bas-ventre. L'interrogatoire et l'examen révèlent les particularités suivantes : L'abdomen, développé, rond, dur, mat à la percussion, est occupé par une tumeur qui remonte de la symphyse pubienne jusqu'au

niveau de l'ombilic. Bien qu'une miction ait eu lieu il n'y a pas longtemps, l'envie d'uriner est persistante.

L'introduction de la sonde amène l'évacuation d'un peu plus de deux litres d'urine.

Par l'interrogatoire, on apprend que cette jeune dame est mariée depuis deux jours; que, depuis son mariage, elle se plaint d'une grande gêne dans le ventre et que, depuis ce moment, elle n'a pu émettre que de petites quantités d'urine à la fois. L'examen de la vulve et du vagin montre que l'hymen, anormalement épais et charnu, de forme normale, est complètement déchiré en son centre, et que la muqueuse de la paroi postérieure du vagin est profondément lacérée dans au moins une étendue de 2 centimètres 1/2.

Au moment des premiers rapports, il y eut une douleur violente, un écoulement sanguin, et la malade tomba en faiblesse avec envie de vomir.

Les deux parties pensant que les choses se passaient toujours ainsi renouvelèrent leurs tentatives le lendemain matin; mais, depuis ce moment jusqu'au moment de l'examen, aucun autre rapport n'avait eu lieu.

Les cas dans lesquels la rupture de l'hymen se complique d'une lacération aussi profonde de la paroi inférieure du vagin doivent être bien exceptionnels. L'auteur en a déjà pourtant observé deux; mais, dans aucun d'eux, il n'y avait rétention concomitante d'urine.

Le cas présent, au point de vue étiologique, rentre dans la classe des rétentions d'urine d'origine réflexe. Il y prend place à côté de ces rétentions qu'on observe chez les femmes en couches atteintes de déchirures du périnée, ou de celles qui accompagnent les végétations polypeuses de l'urèthre.

Haliday Croom ne pense pas que, comme on l'a prétendu, cette rétention d'urine procède d'abord d'une rétention volontaire de la part de la femme qui, craignant instinctivement le passage de l'urine sur des plaies douloureuses, se retient d'uriner jusqu'au moment où la rétention devient involontaire par surdistension vésicale et paralysie de la couche musculaire. Il pense qu'il s'agit là plutôt d'un effet réflexe, d'un spasme tonique du sphincter vésical dont le point de départ afférent n'est autre que les extrémités nerveuses à nu dans les lèvres de la plaie. — L. Dn.

Un cas remarquable de tétanos traumatique terminé par la guérison, par Conrad Brunner. — Un garçon de 14 ans entrait, fin septembre 1885, à la clinique de Zurich pour une fracture du radius gauche, suite de chute, remontant à trois semaines. D'après le dire du premier médecin, il y aurait eu primitivement une petite plaie superficielle sans communication avec le foyer de la fracture. Le quatorzième jour, l'enfant remarquait qu'il ne pouvait plus étendre complètement les doigts de la main gauche; ses parents constataient qu'il ne marchait plus que courbé en avant. La situation s'aggravant, les nuits devenant mauvaises, l'enfant était envoyé à l'hôpital.

Son visage offre l'expression du rire sardonique; les dents sont serrées, les masséters, durs, en contraction permanente; le malade est plié en deux, la tête contre la poitrine, l'emprosthotonos est complet. Les sterno-mastoïdiens, les pectoraux sont contracturés, les grands droits saillants, etc. Les membres inférieurs ne présentent aucun symptôme anormal, il en est de même du bras droit. Mais l'avant-bras gauche est en demi-flexion, Opposant une grande résistance à l'extension, les doigts sont fléchis dans la paume de la main, les phalanges étendues. Les muscles du bras sont également pris, le biceps particulièrement.

On constate tous les signes d'une fracture épiphysaire du radius mal réduite; un cal volumineux est senti à 8 centimètres au-dessous de l'articulation; au même niveau, du côté de la flexion, se voit une cicatrice de 4 centimètres de longueur; la pression de la région détermine de la douleur. Il y a de la rétention d'urine; extraite par la sonde, l'urine ne présente ni sucre ni albumine.

Il sembla évident que le point de départ de ce tétanos devait se trouver dans une compression du médian par le cal et une intervention fut décidée. On trouva, en effet, que le nerf était en contact avec le fragment supérieur du radius très proéminent, et em-

brassé par des néoformations cellulaires dépendant du cal. Il fut entièrement dégagé, et l'opération se compléta de la résection de l'os en saillie.

Les symptômes du tétanos ne s'améliorèrent que très lentement ; le malade fut soumis à des injections de morphine ; sa température monta un instant à 39° ; il était cependant guéri complètement trois semaines après l'opération.

Cette observation a paru digne d'intérêt en raison de l'étiologie manifeste, l'irritation mécanique d'un tronc nerveux, du symptôme si rarement observé de l'emprosthotonos et de la localisation du spasme tonique au bras, localisation déclarée très rare par certains auteurs. (*Berlin klin. Woch.*, 1886, p. 127.) — R. L.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1885.

L'observation de *corps étrangers du canal de Warton*, que M. Wertheimer faisait connaître à ses collègues est à coup sûr une rareté. Il s'agissait de la pénétration dans ce canal d'une graine de groseille, à la suite de laquelle la glande sous-maxillaire droite se tuméfia sous forme d'une saillie comparable à celle qu'aurait produite la distension du canal de Wharton par une substance solidifiable. M. Wertheimer pratiqua le cathétérisme de ce canal avec un fil d'argent plié en double et obtint l'évacuation d'une matière caséiforme en grumeaux blanchâtres parmi lesquels se trouvait la graine de groseille.

Parmi ces symptômes, l'un des plus remarquables est la sensation d'une saveur brûlante persistante après la pénétration de la graine chaque fois que le malade ingérait un aliment un peu acide. Ce phénomène est en rapport avec les propriétés modératrices de l'impression gustative que Claude Bernard attribuait à la salive de la glande sous-maxillaire.

Les cas de *tubercule de la mamelle* sont aussi au nombre des maladies peu fréquentes, M. Folet en a communiqué une observation dans laquelle l'induration, de la grosseur d'une noix, s'était développée deux années après l'incision d'un abcès du sein. Le pus contenait des bacilles ; mais il n'existait pas de ganglions axillaires. Cette tumeur a été enlevée et la malade bien portante n'a rien dans les poumons.

De même rareté sont les *calculs salivaires* du *canal de Sténon*. Celui que présentait M. Castiaux mesurait 1/2 centimètre de largeur et 1 centimètre 1/2 de longueur. Les douleurs se produisaient par crises qui revenaient de temps en temps. L'incision du gonflement parotidien, devenu phlegmoneux, donna issue au calcul.

M. Paquet a donné le récit de la dixième opération de *taille hypogastrique*, qui est la trente-troisième dans la série totale des tailles vésicales qu'il a pratiquées. Tandis que la taille périnéale lui a donné 2 morts sur 23 opérations, les 10 tailles hypogastriques se sont toutes terminées par la guérison et sans fistule consécutive.

Au reste, les chirurgiens lillois ont la main habile, et le succès est fidèle à leur bistouri, car M. Noquet a aussi donné le récit d'une opération heureuse d'ablation d'un long *polype muqueux implanté dans la caisse du tympan*, et M. Paquet à présenté un *fragment d'humérus réséqué pour des ostéophytes* consécutives à une première amputation sous-périostée.

Au nombre des autres communications, je signalerai encore le cas de *cataracte traumatique avec corps étranger* par M. Baudry, celui d'un *kyste hydatique du foie*, guéri après trois ponctions par M. Villette (de Dunkerque), d'un cas de *brûlure du premier degré par le pétrole* ayant entraîné la mort et des ulcérations gangréneuses de l'intestin par M. Castelain ; enfin la lecture de M. Cochet sur une *présentation du sommet transformée en présentation de l'épaule* et où, après d'inutiles tentatives, l'utérus étant rompu, on dut pratiquer la décollation. — C. L. D.

VARIÉTÉS

LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PAR L'EAU FROIDE D'APRÈS LE CORAN.

Notre confrère algérien, M. Bertherand, se plaît à interroger les traditions arabes et les livres musulmans. Dans cette exploration il est souvent heureux au grand profit de l'histoire de la médecine. Le passage suivant qu'il emprunte à la *médecine du Prophète*, suffirait pour établir l'antiquité de l'emploi thérapeutique de l'eau contre les fièvres, si déjà auparavant les médecins grecs n'en avaient aussi recommandé l'usage.

« La fièvre, a dit le prophète, est un feu de l'enfer : refroidissez-la avec de l'eau, ou[1] « selon les paroles d'Ibn Abbos, éteignez-la avec l'eau du puits sacré Zem-Zem. Asma, « fille d'Abou-Bekr, alla chez une femme atteinte de fièvre, demanda de l'eau, la versa « sur la face de la malade et dit : Le prophète de Dieu a recommandé ceci : refroidissez « la fièvre, car c'est un feu de l'enfer. »

M. Bertherand nous apprend encore que les Arabes du Hedjaz administrent aux fébricitants l'eau froide en lotions et en boissons.

Ce passage n'est pas le seul que signale notre érudit confrère. D'après Anas, alors que le prophète eut la fièvre, on l'aspergea d'eau fraîche pendant trois nuits « avant le poindre de l'aube ». « Quand le prophète avait la fièvre, ajoute le commentateur « arabe, il se faisait apporter une outre d'eau et on la lui versait sur la tête : d'où cette « tradition reçue d'Aochob : Le prophète dit aux gens, versez-moi sept outres d'eau. »

Les médecins arabes attribuaient les vertus fébrifuges de l'eau « à sa propriété adou- « cissante, à sa facilité de se répandre dans toute l'économie et à sa légèreté si bénigne « pour les intestins. Ils recommandaient d'en abaisser au besoin la température par « l'addition de la glace et de la neige ou de la rendre calmante pour la faire agir direc- « tement sur les extrémités des nerfs. »

J'espère que notre confrère de la *Gazette médicale de l'Algérie* continuera de nous faire connaître les résultats de ses instructives recherches.. — Ch. Eloy.

FORMULAIRE

Moyen de détruire les verrues. — Rapin.

Pendant huit jours, on fait macérer deux écorces de citron dans 125 grammes de vinaigre concentré. Avec un pinceau trempé dans ce liquide, on badigeonne les verrues matin et soir, et, au bout de quelques jours, on les détache sans effort. — Le docteur Vidal conseille d'étendre une couche de savon noir sur un morceau de flanelle, et d'appliquer cette sorte d'emplâtre sur les verrues, nuit et jour si c'est possible. Au bout de quinze jours environ, les verrues sont devenues molles, et il suffit de les gratter pour les faire disparaître. — N. G.

COURRIER

A l'occasion du Congrès d'hydrologie et de climatologie, qui s'ouvrira à Biarritz le 1er octobre 1886, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre du commerce, aura lieu, avec le concours du Comité d'organisation du Congrès et sous la direction de Biarritz-Association, une Exposition de climatologie et d'hydrologie, comprenant les objets suivants :

Première classe : Climatologie.

1° Appareils et instruments météorologiques.

2° Plans, cartes, dessins géographiques, photographies, lavis et aquarelles, relatifs à la climatologie ; sanatoria d'hiver, d'été ; hôpitaux maritimes, stations d'altitude, tableaux démographiques.

3° Brochures et livres anciens ou récents, relatifs à la météorologie, à la climatologie, à la description des stations climatériques.

4° Tentes-abris, alpinisme, aréostatique, etc., avec application aux études météorologiques.

Deuxième classe : Hydrologie.

1° Plans, élévations, coupes, sections, vues photographiques et autres, concernant l'aménagement, la construction des établissements thermaux, de bains de mer, et hydrothérapiques de tous genres.

2° Dessins d'appareils et instruments employés dans l'hydrologie médicale.

3° Plans en relief, coupes géologiques, relatifs aux captages des sources et aux études hydrologiques en général.

4° Brochures et livres anciens ou récents, relatifs à la science de l'hydrologie, aux établissements thermaux et balnéaires et à l'enseignement de l'hydrologie.

L'Exposition sera ouverte à Biarritz le 20 septembre et fermée le 8 octobre au soir.

La distribution des récompenses consistant en diplômes, médailles et mentions, aura lieu dans la semaine du Congrès.

Une commission spéciale réglera les détails de l'Exposition, admettra les objets présentés, veillera à leur placement et à l'exécution du programme.

L'Exposition sera gratuite pour les exposants : seront seulement à leur charge les frais de port, aller et retour, et les frais de déballage et d'installation des appareils.

Il sera fait, avec description, une demande d'admission des objets à exposer. Ceux-ci devront être envoyés avant le 25 août 1886 et adressés en *port payé* à M. Sébie, secrétaire de l'Exposition, à Biarritz.

Ils devront être présentés et installés par un représentant désigné par les exposants à défaut duquel ils seront placés par les soins du commissaire général de l'Exposition.

La Commission de l'Exposition décline toutes responsabilités à l'égard des exposants pour les objets exposés, qui seront toutefois soignés et surveillés avec la plus grande sollicitude.

Les exposants d'appareils et d'instruments auront le droit de placer des prospectus à côté de leurs envois.

Après la fermeture de l'Exposition, les objets exposés seront mis à la disposition des exposants ou de leur représentant et, à défaut, réemballés à leurs frais et réexpédiés en *port dû*.

Les manuscrits seront renvoyés à leurs auteurs ; mais sur les livres et brochures imprimés, il sera retenu un exemplaire destiné à être placé dans la bibliothèque de Biarritz-Association.

L'entrée de l'Exposition sera gratuite pour les exposants et les membres du Congrès.

Le prix d'entrée pour le public admis à visiter l'Exposition, sera de 50 centimes par personne.

Le Président de Biarritz-Association, HENRI O'SHEA. — *Le Commissaire général de l'Exposition,* Dr DELVAILLE.

Le Président du Congrès, Dr DURAND-FARDEL. — *Le Secrétaire général du Congrès,* Dr GARRIGOU.

NOTA. — Pour tous renseignements s'adresser :

A M. Sébie, secrétaire de l'Exposition, à Biarritz ;

A M. le docteur Delvaille, commissaire général de l'Exposition, à Bayonne (Basses-(Pyrénées).

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le lundi 31 mai 1886, pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, est composé ainsi qu'il suit : MM. Trélat, Cruveilhier, Horteloup, Peyrot, Le Fort, Cusco et Ferrand.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Jourdan est nommé professeur d'histologie.

Dyspepsies. — Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Abadie : Sur quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales. — II. Surmay (de Ham) : Réponse au rapport de M. de Ranse sur la création d'un Ordre des médecins. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Variétés : Le traitement de la rage chez les Arabes. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Sur quelques particularités de la névrite optique des tumeurs cérébrales.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 4 avril 1886,

Par le docteur Ch. Abadie.

Si l'exploration du fond de l'œil n'a pas encore donné jusqu'ici tous les résultats qu'on était en droit d'espérer pour le diagnostic des affections intra-crâniennes, il n'en est pas moins vrai que, pour certaines maladies bien déterminées, telles que les tumeurs cérébrales, la constatation de l'état des nerfs optiques peut nous apporter un appoint décisif pour le diagnostic.

C'est de Graefe qui a signalé le premier et décrit d'une façon magistrale les caractères ophthalmoscopiques que présentent les extrémités intra-oculaires des nerfs optiques dans le cours de l'évolution des néoplasmes intra-crâniens. Nous n'insisterons pas aujourd'hui sur l'aspect habituel du fond de l'œil, en pareille circonstance, la description en est faite tout au long dans les ouvrages classiques.

Cette importante découverte fut fort appréciée par les neuro-pathologistes qui associèrent leurs efforts à ceux des ophthalmologistes de façon à bien déterminer la valeur clinique de cette variété de névrite. Hughlings Jackson, Charcot, Annuske ont insisté sur la fréquence de la névrite optique dans les tumeurs du cerveau. Ils ont montré que l'examen ophthalmoscopique devait être pratiqué systématiquement dans tous les cas où l'on soupçonne leur présence. L'inflammation des papilles peut, en effet, être déjà en pleine période d'état sans que le malade en ait conscience; car le trouble fonctionnel qu'elle provoque est loin d'être toujours en rapport avec l'intensité des lésions révélées par l'ophthalmoscope. Charcot, Hughlings Jackson ont, en outre, insisté sur la grande valeur séméiologique qui s'attache à la présence de la névrite optique dans les cas douteux, et ils ont montré, par des exemples typiques, que parfois le diagnostic étant encore en suspens, l'examen du fond de l'œil avait permis de décider en dernier ressort.

Il résulte de ce qui précède que la présence d'une double névrite optique avec les caractères assignés par de Graefe, gonflement de la papille, turgescence et varicosité des veines, amincissement des artères, piqueté hémorrhagique le long des vaisseaux, à la surface et dans le voisinage du nerf, constitue un signe presque pathognomonique des tumeurs cérébrales. Telle est, en effet, la règle dans la grande majorité des cas. Exceptionnellement, pourtant, l'aspect du fond de l'œil peut changer et donner lieu alors à de graves méprises, et c'est précisément sur ces particularités, ces anomalies qui n'ont pas encore été signalées, et qui pourraient faire commettre des erreurs de diagnostic, que je désire appeler l'attention.

J'ai vu, dans certains cas, la névrite optique des tumeurs, d'ordinaire localisée à la papille optique et à une zone rétinienne adjacente assez limitée, s'étendre un peu plus loin jusqu'à la macula et s'accompagner, en outre, de la production d'exsudats blanchâtres, sous forme de petites

taches brillantes disséminées çà et là dans la région maculaire. Cet aspect insolite peut alors donner le change et faire croire à une rétinite albuminurique.

Un exemple remarquable est rapporté tout au long dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (mars 1883). Il s'agissait d'un petit malade du service de M. Cadet de Gassicourt, enfant de 13 ans 1/2, atteint de céphalalgie opiniâtre, de vomissements alimentaires et d'une cécité absolue. En dehors de ces symptômes, l'examen le plus minutieux ne révélait rien, aucun trouble ni de la mobilité, ni de la sensibilité cutanée, aucune lésion viscérale Un confrère, spécialiste fort instruit, pratiqua l'examen du fond de l'œil, constata une altération des deux papilles, des pinceaux hémorrhagiques nombreux, un aspect nuageux de la rétine, des altérations au niveau de la macula, et diagnostiqua une rétinite albuminurique. La marche de la maladie ne tarda pas à montrer que ce diagnostic était inacceptable. Appelé à examiner cet enfant quelque temps après, voici ce que je constatai et la note que je laissai annexée au dossier de l'observation :

« Tout le tissu papillaire semble rouge, les vaisseaux centraux des « papilles ne sont plus reconnaissables. Il n'y a pas, néanmoins, gonfle- « ment très marqué de l'extrémité intra-oculaire du nerf. Du côté gauche, « on aperçoit dans la région supéro-interne de la rétine, adjacente au nerf « optique, de petites taches d'un blanc éclatant presque brillant qui « tranchent vigoureusement sur la rougeur diffuse du voisinage.

« Les taches ressemblent à celles qu'on observe dans la rétinite albumi- « nurique et pourraient faire penser à cette dernière affection. Mais, dans « la rétinite albuminurique, les lésions sont d'ordinaire répandues un peu « partout dans la rétine et de préférence dans la macula. Ici, au contraire, « le processus semble concentré sur l'extrémité intra-oculaire du nerf « optique. Il ne s'agit donc pas d'une rétinite, mais d'une névrite présen- « tant les caractères des névrites des tumeurs cérébrales. »

Trois mois après, l'enfant succombait, et on trouvait à l'autopsie une tumeur du volume d'une noix adhérente au pédoncule cérébelleux moyen gauche et couchée sur le quatrième ventricule. L'examen histologique pratiqué par le docteur Balzer démontra que c'était un kyste hydatique flétri à parois stratifiées.

Par une singulière coïncidence, la rétinite albuminurique si typique d'ordinaire peut s'accompagner parfois d'une inflammation du nerf optique qui simule jusqu'à un certain point la névrite des tumeurs cérébrales. En voici un exemple très probant dont j'ai été témoin et que je vais rapporter en quelques mots. Une dame âgée de 38 ans, se plaignant de violents maux de tête et de troubles de la vue, se présente à mon cabinet pendant le mois d'août 1884; à ce moment j'étais en vacances. Mon chef de clinique, M. le docteur Darier, qui me remplaçait et qui a une très grande habitude de l'exploration du fond de l'œil, l'examina avec soin, et trouvant une rétinite avec névrite double extrêmement accusée, crut voir là les signes ophthalmoscopiques d'une tumeur cérébrale. Les céphalées violentes dont se plaignait cette malade semblaient cadrer assez bien avec ce diagnostic. Néanmoins, il ne fut nullement accepté par son médecin habituel qui, quelques jours après, me la renvoyait, en raison de l'aggravation croissante de son état. Je l'examinai à mon tour, et je constatai bien effectivement la présence d'une double névrite; mais la région de la macula présentait, en outre, la

figure étoilée si caractéristique des rétinites d'origine rénale, et je portai le diagnostic de rétinite symptomatique d'une néphrite interstitielle.

A quelques jours de là, une consultation eut lieu avec le docteur Hérard, qui constata la présence d'un bruit de galop au cœur. L'urine, à ce moment, commençait à contenir de l'albumine; les signes cliniques d'une néphrite interstitielle devenaient de plus en plus évidents. Aussi tel fut le diagnostic porté, malheureusement confirmé peu de temps après par la marche progressive de l'affection et la mort de la malade.

Enfin, l'observation suivante montrera qu'un malade peut succomber à une tumeur cérébrale sans présenter à aucun moment ni névrite typique ni rétinite, bien que les nerfs optiques soient frappés par un processus morbide aboutissant à une atrophie complète et à la cécité.

Les notes qui suivent ont été recueillies par M. le docteur Gros-Fillay (de Nonancourt), qui avait eu l'obligeance, à plusieurs reprises, de me faire examiner ce malade.

M. G. K..., 29 ans, directeur d'usine, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, d'une intelligence au-dessus de la moyenne, me consulta pour la première fois en décembre 1882. Jusqu'alors il paraît avoir joui d'une excellente santé; d'une sobriété excessive, ne fume pas, s'adonne peu aux plaisirs vénériens. N'a jamais eu ni accidents syphilitiques ni blennorhagiques.

Son père est très robuste; sa mère est morte il y a vingt-cinq ans environ, quelques jours après son accouchement (fièvre puerpérale, sans doute).

Actuellement, ce malade se plaint de douleurs de tête accompagnées de vomissements. Malgré un traitement qui a consisté surtout en purgatifs divers et multiples, les vomissements deviennent très fréquents et les douleurs de tête si terribles, qu'il est obligé de garder le lit pendant plusieurs jours de suite, et ne peut plus remplir, avec son activité et son intelligence ordinaires, ses fonctions de directeur d'usine.

Sur ces entrefaites survient un symptôme important. C'est un trouble passager de la vue, surtout de l'œil gauche. Le malade me dit tout à coup : « Tenez, je n'y vois plus de cet œil là! puis, ah! j'y vois. » Il se produit ainsi des alternatives bizarres. J'ai alors adressé ce malade au docteur Abadie qui l'a examiné en consultation avec le docteur Debove. A ce moment, le fond de l'œil ne présentait qu'une hyperémie presque insignifiante des nerfs optiques au lieu d'une névrite optique qu'on s'attendait à trouver. Malgré cela on porta le diagnostic de tumeur cérébrale et on ordonna l'iodure de potassium à haute dose et des frictions mercurielles. En dépit de ce traitement, très mal supporté d'ailleurs et qu'on fut obligé d'interrompre bientôt, la situation alla constamment en empirant. La vision faiblit progressivement jusqu'à la cécité, et l'examen du fond de l'œil, souvent répété dans cet intervalle, montra qu'à cette hyperémie insignifiante du début succédait une pâleur, une blancheur des papilles qui indiquait une atrophie progressive, sans que jamais à aucune époque il y ait eu de névrite. Presque jusqu'au dernier moment il n'y eut ni perte de la parole, ni trouble de la sensibilité et de la motilité. Mais le malade, devenu complètement aveugle, finit par éprouver de la difficulté à aller à la garde-robe. Ses idées s'embarrassèrent; il fut en proie à des hallucinations effrayantes et succomba le 10 octobre 1885. A l'autopsie on trouva un gliome diffus (l'examen microscopique a été fait par M. Chantemesse au laboratoire de Cornil) qui avait envahi tout le lobe frontal droit. Les nerfs optiques pa-

raissaient sains à l'œil nu, mais les bandelettes optiques participaient à cette dégénérescence et à cet état de magma de la substance cérébrale.

Nous voyons donc par ces divers exemples qu'il faut apporter quelque soin dans l'examen du fond de l'œil et dans l'interprétation des signes ophthalmoscopiques lorsque le diagnostic de l'affection principale est encore en suspens. La névrite d'ordinaire typique des tumeurs cérébrales peut parfois s'accompagner de rétinite diffuse péri-papillaire avec exsudats circonscrits, blanchâtres brillants qui pourraient faire penser à une rétinite d'origine rénale.

Inversement dans les rétinites symptomatiques de la néphrite interstitielle, outre les lésions rétiniennes habituelles, on peut observer une inflammation de la papille qui pourrait faire croire à la névrite des tumeurs cérébrales. Pour éviter dans ces cas difficiles de commettre des erreurs de diagnostic, on prêtera grande attention aux points suivants :

Alors même que la névrite des tumeurs s'accompagne de rétinite avec exsudats, c'est l'inflammation de la papille qui frappe le plus, c'est elle qui domine, c'est sur elle que semble concentrée l'intensité maximum du processus morbide, les lésions rétiniennes sont toujours moins importantes, les exsudats sont disséminés sans ordre, sans localisation précise et ne présentent pas dans la région maculaire la configuration étoilée, si caractéristique des rétinites d'origine rénale.

Par contre, quand dans les complications oculaires qui relèvent de la néphrite interstitielle il survient, outre les lésions rétiniennes habituelles, une inflammation de la papille, celle-ci reste au second plan ; elle n'a jamais une intensité extrême, et c'est l'aspect caractéristique de la région maculaire qui impressionne le plus fortement l'observateur. Enfin, il ressort de notre dernière observation que si, dans le cours d'une affection cérébrale dont tous les symptômes semblent se rattacher à la présence d'une tumeur, des troubles visuels apparaissent pouvant s'aggraver jusqu'à la cécité complète, alors même qu'on ne découvre pas de névrite optique, mais une simple hyperémie presque insignifiante, suivie d'une atrophie lentement progressive, on ne peut pas en inférer qu'il n'existe pas de tumeur cérébrale. Il est seulement permis de supposer que la tumeur, au lieu de se pédiculiser et de se créer de vive force sa place dans la cavité crânienne, a envahi par diffusion une portion plus ou moins étendue de la substance cérébrale.

Réponse au rapport de M. de Ranse sur la création d'un Ordre des médecins

Discours prononcé à l'Assemblée Générale de l'Association générale des médecins de France dans la séance du 3 mai 1886, par le docteur Surmay *(de Ham), Vice-Président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin* (1).

II

Messieurs, je terminais mon travail sur l'institution d'un Ordre des médecins (2) par ces dernières lignes : « Je le dis encore une fois, je n'ai voulu donner ici qu'un « aperçu..... Si l'institution que je propose était adoptée en principe, on composerait « facilement une commission de médecins et de juristes qui lui donnerait une forme « rationnelle, juridique et répondant à tout. »

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

(2) Voir *Annuaire de l'Association*, exercice 1884, et *Union médicale*, 1884.

Ces paroles, je les répète aujourd'hui, et je rappelle qu'à l'assemblée dernière ce que je demandais, c'était de consulter les Sociétés locales sur le principe de l'institution. J'étais bien certain que si, dans les Sociétés locales, on discutait sur le mode d'application, il serait impossible de s'entendre et que la forme emporterait le fond dans sa chute ; et c'est ce qui menace d'arriver. — Une fois l'accord fait sur le principe, je suis convaincu qu'on trouverait sans difficulté une législation convenable pour le mettre à exécution. On a fait des choses plus difficiles que celle-là et, en dépit de toutes les objections que j'ai entendues ou prévues, l'organisation de la corporation médicale ne serait pas plus embarrassante que celle des autres professions libérales, ni l'application de son code professionnel plus compliquée ni plus coûteuse que celle de toutes les autres lois existantes. Le cadre d'exécution est tout prêt et je ne vois pas quelle grosse besogne on donnerait en plus aux agents qui le composent.

On s'est égayé, par exemple, sur le rôle réservé aux pharmaciens, en qui l'on s'est plu à voir les gendarmes de l'Ordre des médecins. Ce serait plaisant, en effet. Mais je vous prie, dans l'état actuel des choses, est-il, oui ou non, défendu aux pharmaciens de délivrer des médicaments sur la signature d'autres personnes que celles à qui la loi confère le droit de les prescrire ? Que devrait faire aujourd'hui le pharmacien lorsqu'on lui présente une ordonnance signée d'un nom qu'il ne connaît pas ? Consulter l'Annuaire médical. La liste officielle des médecins inscrits sera-t-elle donc autre chose que que l'Annuaire officiel et, cet Annuaire qui est sur la table de chacun de nous, l'officine en sera-t-elle encombrée ? Et à la mairie, quelle difficulté y aura-t-il à consulter ce même Annuaire ?

Mais, a-t-on dit encore, la liste ne sera publiée que dans le mois de janvier de chaque année, et le jeune médecin qui sortira de l'école au mois de février et qui n'y sera pas inscrit ne pourra formuler. Erreur ; car ce jeune médecin aura dû se faire inscrire sur la liste d'un arrondissement et retirer de cette inscription une attestation sans laquelle il n'aurait pu faire sa déclaration d'exercice à la sous-préfecture de son arrondissement et à la mairie de sa résidence.

En dépit de tout, poursuit-on, le médecin interdit continuera de faire de la médecine, et vous aurez ainsi agrandi la pratique illégale.

Mais n'avez-vous pas pensé à cela quand vous avez voté le projet Lunier qui frappe d'interdiction les médecins condamnés à des peines afflictives ou infamantes ou pour certains délits correctionnels ? Que l'interdiction résulte d'un verdict de Cour d'assises, d'un jugement de tribunal correctionnel, ou qu'elle soit prononcée par le conseil général de l'Ordre, la difficulté, si difficulté il y a, ne sera-t-elle pas toujours la même dans tous les cas ?

Croyez-vous, d'ailleurs, qu'en dehors des cas prévus par les projets Chevandier et Lunier, les interdictions purement disciplinaires seront nombreuses ? Je me plais à le répéter, l'Ordre des médecins, — comme toutes les lois, — préviendra plus qu'il ne réprimera. Quant à la difficulté d'exécution, elle sera moindre à l'égard du médecin interdit et signalé par sa condamnation qu'envers le charlatan empirique perdu dans la foule.

On affirme aussi que les médecins, disséminés jusque dans les villages, échapperont à la discipline, ce que ne peuvent faire les avocats groupés dans telles et telles villes, auprès des tribunaux. Mais les notaires et les huissiers ne sont-ils pas aussi disséminés, bien qu'en moins grand nombre, il est vrai ? On ne dira certes pas que la discipline ne les atteint pas.

Et les pauvres malades, que deviendront-ils alors que, tout d'un coup, leur médecin frappé de suspension ou d'interdiction ne pourra plus entrer chez eux ?

Faudra-t-il vraiment les plaindre ? Mais les médecins honnêtes sont-ils donc à l'abri de la maladie, de la mort ? Ne s'absentent-ils jamais ? Et dans ces circonstances, je vous le demande, que deviennent les malades ? Je pourrais vous citer tel praticien qui, revenu dans son pays après avoir purgé une condamnation à huit ans de réclusion, y retrouva non seulement sa place que personne n'avait prise, mais même sa clientèle à peu près entière. Qu'étaient devenus les malades pendant cette longue séparation ? Faut-il plus encore, que les malades dont on s'éloigne, plaindre le médecin malfai-

©BIU Santé

teur qui les exploitait et qui ne pourra plus vivre de son industrie? Je réserve ma pitié pour les médecins honnêtes et trop souvent victimes du devoir.

On repousse l'assimilation que j'ai faite des Chambres médicales aux tribunaux de commerce, en disant que dans les Chambres médicales les médecins seraient juges et parties. Mais devant les tribunaux de commerce ne comparaissent pas seuls les commerçants. Un particulier, fût-il médecin, qui a avec un commerçant une contestation pour un objet qui lui a été vendu peut être jugé par le tribunal de commerce, et le Tribunal de commerce n'est composé que de commerçants. Ils sont donc, eux aussi, juges et parties. Et pourtant, les tribunaux qu'ils ont ne leur suffisent plus; ils sont en voie d'obtenir des Chambres d'appel de commerce.

« L'avocat, dit M. de Ranse, victime d'une décision mal fondée du conseil de l'Ordre, « peut faire appel contre cette même décision devant la Cour; or, magistrats et avo- « cats, vivant dans le même milieu et l'on peut dire de la même vie, la Cour a toute « compétence pour apprécier et juger les cas les plus difficiles, les plus délicats de la « dignité professionnelle. L'avocat a ainsi toute garantie, toute sécurité contre les juge- « ments arbitraires ou injustes du conseil de l'Ordre; pareille garantie, pareille sécu- « rité ne se rencontrent nullement pour le médecin dans le projet de M. Surmay. Il est « donc exact de dire que ce projet compromet l'indépendance du médecin. »

Mais qu'est donc, dans mon projet, le conseil général de l'Ordre et comment est-il composé? N'est-ce pas devant lui que peuvent être portés en dernier ressort les jugements de suspension et d'interdiction? Est-il donc moins compétent vis-à-vis des médecins que la Cour vis-à-vis des avocats? On pourrait plutôt dire que sa compétence est plus grande et plus technique, puisqu'ici juges et prévenus sont médecins et pairs, par conséquent. Or, être jugé par ses pairs, que peut-on demander de plus? Enfin, la haute situation de ce tribunal suprême et unique, la distance à laquelle il se trouve de ses justiciables le rend tout à fait étranger aux impressions et aux influences locales, — ce que l'avocat ne peut affirmer de la Cour qui le juge, — et devient le gage certain de son impartialité.

Il est donc inexact de dire que l'Ordre des médecins, tel que j'en ai donné le projet, compromette l'indépendance du médecin. Ce qui est vrai, c'est qu'il en est le plus sûr garant.

Quant aux rigueurs de l'Ordre des avocats sur lesquelles M. le rapporteur s'est plu à verser ses doléances, j'avoue qu'elles me laissent froid. Si les règlements de l'Ordre ne permettent pas à l'avocat de réclamer ses honoraires en justice, la coutume lui assure le moyen de les recevoir, et c'est tout le contraire chez nous. S'il ne peut mettre son nom sur sa porte, il a du moins la satisfaction de ne jamais voir le nom d'un avocat salir jusqu'aux endroits les plus malpropres. S'il ne doit se rendre chez ses clients que lorsqu'il y est appelé, c'est exactement ce que fait le médecin honnête, sans y être, jusqu'ici, astreint par aucun règlement, *medicus non accedat, nisi quæsitus.*

En vérité, l'avocat n'est pas tant à plaindre et, même, je l'entends adresser à M. de Ranse la réponse que la femme de Sganarelle faisait à son voisin M. Robert.

Aux autres objections, — et notamment ce qui concerne la prétendue aliénation de la liberté du médecin et les dangers que pourrait faire courir à l'Etat un Ordre des médecins si fortement organisé, — je crois avoir suffisamment répondu, tant dans mon premier travail que dans les explications que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Assemblée dernière.

Faut-il qu'encore une fois je fasse ressortir l'énormité qu'il y a à réclamer des lois draconiennes contre l'exercice illégal de la médecine alors qu'à l'abri du monopole on se permet tous les méfaits imaginables?

Et peut-on sérieusement croire que l'Etat, qui a de son propre mouvement rétabli et affranchi l'Ordre des avocats, qui a autorisé la fédération de toutes nos Sociétés locales en cette grande Association que nous représentons ici, qui a fait la fameuse loi sur les syndicats professionnels, prenne ombrage de la constitution corporative du corps médical? D'ailleurs, par la portion fixe du Conseil général composée des doyens des facultés, l'Etat n'aura-t-il pas une main dans ce Conseil?

Voulez-vous, enfin, connaître l'opinion publique sur cette question de l'Ordre des

médecins ? Adressez-vous au premier venu, quel qu'il soit, — à moins qu'il ne soit médecin, ou, peut-être, avocat, — et demandez-lui ce qu'il penserait de la création de chambres de discipline pour les médecins comme il en existe pour les notaires, les avocats et les avoués. La réponse est certaine. Il s'étonnera de ce que pareille chose n'existe pas encore. Le public ne trouvera jamais que l'on demande trop de garanties au médecin ; et le public a raison ; et c'est pourquoi l'on a fait de l'exercice de la médecine un monopole. A défaut de monopole, on ferait de nous des fonctionnaires.

Mais tout monopole suppose des garanties réciproques. « — Eh bien ! dirai-je en me répétant, s'il m'est permis de me citer moi-même, « est-ce vraiment une situation nor-« male et défendable que celle où l'on voit le plus précieux des monopoles livré à peu « près sans défense à toutes les concurrences, et la profession qu'on pourrait dire la « première de toutes et la plus noble par son objet affranchie de toute garantie mo-« rale. »

On s'étonnera un jour qu'aveuglés par je ne sais quel fétichisme de liberté, contre l'intérêt général et contre leur propre intérêt, ceux là mêmes aient pris défense d'une telle situation qui avaient eu plus à souffrir dans leur honneur.

Je ne m'attarderai pas dans de plus longs développements et, pour terminer cette réponse aux critiques qui m'ont été adressées, je dirai : 1° que je ne suis pas irrévocablement attaché aux détails du projet que j'ai proposé, et qu'il sera facile d'en trouver un meilleur; 2° que, s'il peut y avoir quelques difficultés à appliquer la suspension et l'interdiction, ces difficultés ne sont pas insurmontables, puisqu'elles n'ont arrêté ni le docteur Chevandier, ni le regretté Lunier, ni l'assemblée qui a voté son projet de loi; 3° qu'à la rigueur, l'interdiction pourrait être limitée à l'exercice de la médecine publique, comme cela existe en Angleterre depuis le *Medical Act* (1) de 1858, ou à une circonscription territoriale, ainsi que quelques-uns l'ont proposé dans la louable et généreuse intention de laisser une porte ouverte au repentir et à la résipiscence; mais que je garde mes préférences jusqu'à ce que la question ait été étudiée à fond, et c'est ce que j'appelle de tous mes vœux.

(1) Cette loi constitue, sous le nom de *General council of medical education and registration of the united kingdom*, un conseil général auquel est conférée la surveillance de l'enseignement et de la pratique de la médecine et de la chirurgie, et l'enregistrement des personnes qualifiées pour exercer la médecine et la chirurgie dans toute l'étendue du Royaume-Uni. En vertu de cette loi, le candidat à l'un des titres reconnus valables pour l'exercice de la médecine ou de la chirurgie ne peut être inquiété à raison des doctrines médicales ou chirurgicales qu'il professe. Tout praticien convaincu d'indignité (felony) dans l'exercice de sa profession est rayé du registre tenu par le conseil. Toute personne inscrite sur le registre du conseil comme ayant qualification pour exercer la médecine et la chirurgie a le droit d'exercer la médecine et la chirurgie dans toute l'étendue du Royaume-Uni, et de réclamer devant les tribunaux des honoraires pour tout acte de sa profession. Les personnes inscrites sur le registre, et qualifiées comme il est dit plus haut, ont seules le droit de réclamer des honoraires en justice. Elles peuvent seules être attachées aux hôpitaux et établissements de bienfaisance publics ou privés, être médecins de société ou administrations quelconques, faire partie de commissions d'hygiène, être appelées comme experts devant les tribunaux, signer des certificats médicaux, et, en général, exercer de quelque façon que ce soit la médecine publique.

En laissant au malade la liberté de se faire soigner comme il lui convient, nos voisins ont voulu que la loi ne reconnût comme médecin que celui-là seul qui a fourni les preuves d'honorabilité et de savoir.

Je ne vois pas quelle objection on pourrait faire à l'établissement d'un pareil régime en France. C'est le minimum de réglementation qu'on puisse appliquer à l'exercice de la médecine, et il suffirait au moins à purger notre profession de tous les éléments indignes qui la souillent.

III

Je me joins à M. le rapporteur et je dis avec lui : Tirons parti de ce que nous possédons, de l'association sous toutes ses formes, des Syndicats, même des Sociétés de déontologie, si jamais elles arrivent à se constituer; mais, — et c'est ici que nous nous séparons, — servons-nous de tout cela à titre d'auxiliaire. L'institution fondamentale doit être l'Ordre des médecins.

A propos des Syndicats, je dirai que je ne leur suis pas hostile, comme on a pu le croire. Je pense, au contraire, qu'ils peuvent avoir leur utilité. Mais, le monopole existant, et l'Ordre des médecins étant donné, ils ne sauraient être que tolérés et sans lien légal entre eux.

Je ne conseillerai pas de demander ce qu'on appelle le bénéfice de la loi nouvelle sur les Syndicats professionnels. La profession médicale est une profession libérale et, comme pour les autres professions libérales, moins encore que pour les autres, son premier et principal objet n'est pas l'argent à gagner. Elle échappe donc, tout au moins en partie, aux conditions économiques qui font les règles et les mœurs des professions ouvrières, industrielles ou commerciales. De plus, elle jouit du privilège du monopole. Ce n'est donc pas par inadvertance, mais par justice et par respect, que le législateur ne l'a pas comprise dans la loi sur les Syndicats professionnels. Demander au législateur de revenir, en ce qui nous concerne, sur sa première inspiration serait aller au-devant d'un refus certain et nous exposer à une humiliation.

Au lieu de demander pour la profession médicale son assimilation aux professions ouvrières, industrielles et commerciales en réclamant à son acquit la nouvelle loi sur les Syndicats professionnels, il faut demander son assimilation complète aux autres professions libérales en déclarant qu'au monopole dont elle jouit, il est indispensable de joindre l'autonomie dont elle a besoin et à laquelle elle a droit pour en assurer l'exercice digne et profitable.

Si l'on veut l'assimilation aux professions ouvrières, industrielles et commerciales, qu'on aille jusqu'au bout, qu'on poursuive l'assimilation complète, qu'on réclame la suppression du monopole, la liberté entière de l'exercice de la médecine. Alors, on restera dans la logique et dans le droit et l'on aura les Syndicats.

Ou le monopole avec l'autonomie, ou la liberté entière avec les Syndicats et tout le reste.

La liberté entière, je ne crois pas qu'on vous l'accorde ; mais, si vous refusez aujourd'hui de demander l'autonomie, craignez que demain on ne vous impose la servitude.

IV

Messieurs, à quelque point de vue que l'on se place, la question qui s'agite ici est de la plus haute importance. Jamais un sujet aussi grave ne s'est imposé à vos méditations. Il n'est donc pas permis de le laisser passer sans l'avoir soumis à l'étude la plus complète et la plus mûre, et, encore moins, de l'étrangler au passage. Or, pénétrées sans doute de la gravité extrême de la décision à prendre, les deux tiers de nos Sociétés locales se sont jusqu'à présent abstenus. Nous appartient-il de leur ôter tout moyen de se faire entendre désormais ? Ne convient-il pas, au contraire, de leur laisser le temps de la réflexion après qu'elles auront pris connaissance des débats actuels ? L'enquête que l'on vient de faire étant évidemment incomplète et insuffisante, nous demandons, mes amis et moi, qu'elle soit poursuivie. C'est le seul moyen de donner à la solution, quelle qu'elle soit, tout le poids et toute l'autorité qu'elle doit avoir.

Nous supplions donc l'Assemblée de consentir à ce que la question reste ouverte et que la solution en soit ajournée jusqu'à l'année prochaine (1).

(1) A une faible majorité, environ 30 contre 26, l'Assemblée a voté purement et simplement les conclusions du rapport de M. de Ranse et déclaré la question close.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai. — Présidence de M. Hortelour.

Sommaire : Présentation de pièce pathologique : Déformation considérable de la verge sous l'influence de fistules urinaires multiples consécutives à un rétrécissement de l'urèthre. — Du cathétérisme rétrograde. — Note à propos des transformations et récidives de certains kystes multiloculaires de l'ovaire. — De l'uréthrotomie interne. — Présentation de malades : Kyste hydatique du foie guéri par la ponction simple. — Cure radicale d'une hernie irréductible.

M. Le Dentu met sous les yeux de ses collègues le moule d'une pièce pathologique représentant une verge qui a subi une déformation considérable sous l'influence de fistules urinaires consécutives à un rétrécissement de l'urèthre. M. Le Dentu se propose de communiquer bientôt dans tous ses détails l'intéressante observation de ce malade, à l'occasion de la discussion pendante sur l'uréthrotomie interne.

— M. Monod donne lecture d'une note complémentaire de la communication qu'il a faite dernièrement devant la Société de chirurgie au sujet du cathétérisme rétrograde. Il profite de cette occasion pour réparer quelques omissions et compléter ainsi l'analyse des travaux publiés sur le même sujet. Ces nouvelles observations ne changent rien d'ailleurs aux conclusions émises par M. Monod dans sa précédente communication, et que nous avons mises en leur temps sous les yeux de nos lecteurs.

M. Terrillon lit une note sur les transformations et récidives de certains kystes multiloculaires de l'ovaire.

Dans un premier travail présenté à la Société de chirurgie en avril 1885, M. Terrillon avait réuni un certain nombre de faits tendant à prouver que certains kystes ovariques multiloculaires pouvaient récidiver et donner lieu à des productions secondaires. Il avait montré que, quelquefois, aucun caractère extérieur spécial ne pouvait faire soupçonner cette malignité. C'est en s'appuyant sur les travaux histologiques de MM. Malassez et de Sinéty, joints à deux observations personnelles et à une trentaine d'autres faits publiés par divers auteurs, qu'il avait pu exposer la théorie rationnelle de la récidive d'un certain nombre de ces tumeurs ovariques.

En novembre 1885, M. Terrillon communiqua une nouvelle observation qui montrait combien il fallait se méfier des récidives à distance de tumeurs qui avaient jusqu'ici passé pour assez bénignes.

Aujourd'hui, M. Terrillon apporte deux nouvelles observations à l'appui de cette démonstration. Il en ressort nettement que, pendant le cours de l'évolution d'un kyste ovarique multiloculaire, l'autre ovaire peut être envahi, non par une tumeur kystique semblable à la précédente, mais par une tumeur franchement sarcomateuse. Ce fait est rare, puisque, ordinairement, lorsque le second ovaire est envahi, c'est par un kyste multiloculaire épithélial assez semblable au premier. Or, chez les deux malades de M. Terrillon, les deux tumeurs avaient non seulement un aspect absolument différent, mais encore elles différaient par leur structure histologique.

En présence de cette exception, il y a lieu de se demander s'il s'agit là d'une simple coïncidence, ou si, au contraire, il existe un rapport direct entre les deux productions. Les résultats de l'examen microscopique peuvent seuls éclairer ces points et permettre de répondre à cette question.

On sait, en effet, que tout kyste multiloculaire constitué par une formation épithéliale, quelle que soit sa simplicité apparente, peut contenir dès son origine, dans l'épaisseur de ses parois, des éléments sarcomateux ou carcinomateux qui pourront se développer ultérieurement et à une époque indéterminée.

On sait aussi que par des transformations successives certains points localisés dans la paroi de ces kystes peuvent subir tardivement une dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse abondante. Ces modifications ont été nettement indiquées par MM. Malassez et de Sinéty. Elles montrent que ces kystes, dont la nature épithéliale indique

©BIU Santé

déjà un certain degré de malignité, peuvent, par des transformations en certaines variétés de tumeurs plus actives et plus malignes, présenter de plus grandes chances de récidive ou d'extension.

Ainsi, lorsqu'un kyste multiloculaire contient des masses sarcomateuses au milieu de l'ensemble épithélial de la tumeur, l'autre ovaire peut, comme toute autre partie du corps, être envahi par un seul élément des tissus qui constituaient le premier kyste, c'est-à-dire par le sarcome. Il se passe ici ce que l'on voit survenir dans les récidives de certaines tumeurs mixtes; un seul des tissus de la tumeur se reproduit dans la récidive ou dans le point nouvellement envahi, à l'exclusion des autres. La parenté qui existe entre les tumeurs des deux ovaires est donc aussi évidente que possible; elle indique bien que ces deux affections, d'aspect macroscopique différent, se sont développées sous une même influence générale, le transport des cellules d'une tumeur ovarique à l'autre ovaire semblant ici impossible.

Ce qui ressort de plus essentiel de cette constatation, c'est que, dans une tumeur mixte, c'est-à-dire composée de plusieurs tissus dont on a voulu faire des tissus absolument distincts par leur apparence, leurs éléments et même leur origine, la récidive ou la propagation à distance peut se faire sous une forme unique, c'est-à-dire en affectant un seul des éléments préexistant dans la tumeur mixte primitive. Il y a là une preuve évidente que la séparation si radicale établie théoriquement entre les tumeurs n'est pas aussi absolue qu'on a prétendu le montrer.

Aussi voit-on se produire actuellement une réaction contre cette tendance, et, depuis quelques années, des anatomo-pathologistes distingués semblent ramener la plupart des tumeurs au type épithélial. Il montrent ainsi que les tumeurs dites complexes ou mixtes, développées aux dépens d'un organe comme l'ovaire, le testicule, la parotide, peuvent avoir dans leur intérieur des structures histologiques d'aspect variable dans différents points, mais que cet aspect est purement accidentel, l'origine des cellules étant toujours la même.

La présence de plusieurs tissus dans une même tumeur, s'unissant ensemble, se substituant les uns aux autres, montre bien que les néoplasmes ont une origine commune et ne diffèrent souvent que par des formes cellulaires ou des groupements de cellules qui n'ont rien de caractéristique.

M. le professeur Verneuil a, dans de récents travaux, réussi à démontrer ce fait intéressant que un même individu, sous une influence encore inconnue, peut produire dans différents points de son corps des néoplasmes de nature variable, ce qui tendrait à prouver que l'origine de ces productions est commune et que leur composition seule change de caractéristique.

En résumé, M. Terrillon a voulu montrer par la communication de ses deux observations combien les kystes de l'ovaire multiloculaires demandent à être examinés de près, car leur malignité est souvent à craindre.

M. Verneuil fait observer qu'il y a des papillomes bénins et des papillomes malins; de ce que l'on constate, dans la paroi d'une tumeur kystique de l'ovaire, la présence d'un papillome, il n'en faut pas conclure que la tumeur est maligne. Ce qu'il y a d'intéressant dans la communication de M. Terrillon, c'est de voir des tumeurs différentes apparaître dans des organes similaires. Il est rare en effet d'observer l'asymétrie pathologique dans ces organes.

— M. Léon Le Fort a la parole pour la continuation de la discussion sur l'uréthrotomie interne. Le savant chirurgien commence un discours que l'heure avancée ne lui permet pas de terminer. Nous le résumerons dans notre prochain compte rendu.

— M. Le Dentu présente une malade qu'il a guérie d'un kyste hydatique du foie par la simple ponction. Il présente ensuite, au nom de M. Nicaise, un second malade auquel ce chirurgien a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie irréductible et donnant lieu de temps à autre à des phénomènes d'étranglement. — A. T.

VARIÉTÉS

LE TRAITEMENT DE LA RAGE CHEZ LES ARABES.

Dernièrement, la *Revue scientifique* publiait une note sur ce sujet. Aujourd'hui, la *Gazette médicale de l'Algérie* le traite à son tour. C'est que toutes les questions relatives à l'hydrophobie sont à l'ordre du jour.

Les Arabes du nord de l'Afrique, d'après nos confrères, emploient comme insectes anti-rabiques : la *cétoine*, la *coccinelle* ou *ghobar es-sma*, c'est-à-dire *poussière du ciel*, et la *cantharide, debbent el hind* ou *mouche des Indes*. On met sept cétoines dans une bouteille ; elles se mangent les unes les autres, et la dépouille desséchée de la dernière survivante fournit une poussière que l'on introduit dans un raisin sec et que l'on administre au rabique. Cette prescription populaire serait écrite dans le fameux traité *Ketel-el-toub*, le livre des médecins de Sidi-Abd-Allah-ben-Aâzouz.

La *Gazette médicale de l'Algérie* nous fait connaître encore d'autres formules. Celle du marabout des Hassassna consiste à écrire un verset du Koran sur une feuille de papier vert et à l'avaler après sa trituration dans le lait d'une vache noire.

Le secret anti-rabique de la Zaouia de Sidi-Mahomed-ben-Amar permet de guérir le rabique « par procuration ». A cet effet, on administre à l'un de ses parents le contenu d'une *hakema*. On écrit dans ce vase un verset du Koran, on le remplit d'eau, dans laquelle l'encre se délaye et cette eau acquiert ainsi des propriétés anti-rabiques.

De tous les procédés, le plus usuel consiste à faire manger à l'individu mordu « le cœur cru et pantelant du chien qui l'a mordu. » Quelques-uns le font cuire avec des *pharaonn*, c'est à-dire avec les bulbes de la scille maritime, ou bien se contentent d'arracher la dent de l'animal et de la placer sur la morsure. — C. L. D.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'ANGINE DE POITRINE. — H. Huchard.

Iodure de sodium.....	10	grammes.
Eau distillée.....	100	—

Faites dissoudre. — Deux à six cuillerées à café par jour, dans un peu de bière ou mieux dans du lait. Si ce remède est mal supporté par l'estomac, on y ajoute une faible quantité d'extrait thébaïque (de 5 à 10 centigrammes). — Pendant quinze à dix-huit mois, au minimum, le malade fera usage de la médication iodurée, lors même que tout accident angineux aurait disparu depuis plusieurs mois. Trois ans au moins de traitement sont nécessaires pour obtenir une guérison durable et définitive. Chaque mois, on suspend pendant cinq à huit jours la médication iodurée.

Les accès d'angine de poitrine sont combattus par des inhalations de nitrite d'amyle, à la dose de quatre à dix gouttes. — L'angine de poitrine vraie, résultant le plus souvent de poussées d'aortite, insister en même temps sur la médication révulsive : pointes de feu, cautères volants, badigeonnages iodés, vésicatoires fréquemment appliqués sur la paroi cardio-aortique. — Régime lacté mixte ou même exclusif, s'abstenir de fumer et de faire usage de boissons alcooliques. — N. G.

COURRIER

Le concours ouvert le 1er mai 1886, pour la nomination à trois places de pharmacien des hôpitaux de Paris, s'est terminé le 15 de ce mois, par la nomination de MM. Meillère (déjà pharmacien de l'Asile public des aliénés de Vaucluse), Béhal (interne en pharmacie de cinquième année), et Berthoud (interne en pharmacie de troisième année).

— La Société nationale d'encouragement au bien, dans sa séance du 16 mai, a décerné des médailles d'honneur et des diplômes à MM. les docteurs Cheurlot, à Bar-sur-Seine ; Dépéret Murel, à Limoges ; Faraut, à Nice ; Picard, à Villentrois (Indre), et à MM. Laroche et Nicot, pharmaciens à Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Les épreuves pratiques seront renouvelées à la fin du mois de juin ou au commencement du mois de juillet pour les candidats ajournés avant le 9 juin 1886. Les épreuves orales seront renouvelées : 1° du 15 juin au 1er juillet par les candidats qui ont échoué avant le 15 mai ; 2° du 1er au 15 juillet, par ceux qui auront échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai sont appelés à consigner jusqu'au 1er juin 1886 inclusivement, comme dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin sont appelés à consigner jusqu'au 15 juin inclusivement, comme dernier délai.

Tous les candidats ajournés sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

— M. le docteur Paul Hagenmüller est nommé membre du comité l'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Bône.

— La Société médico-psychologique vient de décerner les récompenses suivantes :

Prix Belhomme (1,200 francs) à M. le docteur Paul Bricon (de Paris), pour son travail intitulé : « De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie. »

Prix Esquirol (200 francs, plus les œuvres d'Esquirol) à M. Larroque, interne à la Maison nationale de Charenton, pour son mémoire intitulé : « Des rémissions dans la paralysie générale. » — Une mention honorable est décernée à M. Dumas, interne dans le même établissement, pour un travail ayant pour titre : « Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés. »

Prix Moreau de Tours (200 francs) à M. le docteur Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse « Sur l'aphasie et ses diverses formes. » — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Rouillard, auteur d'une thèse intitulée : « Essai sur les amnésies ; étiologie des troubles de la parole. »

Prix Aubanel (2,400 francs). La question mise au concours était ? « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. » Le prix n'est pas décerné, mais deux récompenses sont accordées : la première, de 800 francs, au mémoire de M. Dericq, interne de l'asile Sainte-Anne, la seconde, de 400 francs, à un travail de MM. Roland et Besançon, internes des hôpitaux de Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Faucon, décédé à Licques (Pas-de-Calais), le 7 mai 1886, dans sa quarante-unième année.

Ecole pratique des Hautes-Études. — M. Combes, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur au laboratoire de chimie organique.

M. Griner est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie organique.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Vignon, docteur ès sciences, est nommé sous-directeur du laboratoire d'enseignement de la chimie industrielle (emploi nouveau).

La Farine Morton est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Le Vin Durand diastasé convient d'une façon toute spéciale comme tonique et digestif aux vieillards, aux femmes et aux enfants. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

J. Bovet : D'un cas de rétrécissement de l'œsophage. — II. Thèses d'agrégation. — III. Revue des Journaux : Déplacement du côlon transverse. — Léthargie prolongée à la suite de l'administration de doses exagérées de bromure de sodium. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés : La résistance des microbes à la chaleur des étuves et les expériences physiologiques de M. le professeur Grancher. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Promenades au Salon. — VIII. Formulaire. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

D'un cas de rétrécissement de l'œsophage.

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 8 mai 1886,

Par M. Bovet.

Dans une savante et intéressante clinique faite à l'hôpital de la Charité, par le docteur Landouzy, sur un homme atteint de rétrécissement œsophagien, notre éminent confrère rappelle que l'on doit être toujours très sobre de cathétérisme chez les malades ayant eu des hémorrhagies spontanées antérieures.

Voici cependant un cas analogue où nous n'avons pas eu à nous repentir de l'emploi du cathéter, puisque, grâce à lui, nous avons pu procurer six à sept semaines de survie à notre malade, qui, selon nous, aurait encore vécu plus longtemps si, aux premiers accès de suffocation, il avait consenti à l'opération chirurgicale (la laryngotomie) telle que la pratique en pareil cas, avec tant d'habileté et de succès, notre distingué collègue M. Richelot.

Voici l'histoire de ce malade :

M. G..., habitant la province, âgé de 56 ans, d'une santé jusqu'alors des plus parfaites, vient réclamer nos soins pour l'impossibilité où il se trouve depuis quelques jours de ne pouvoir avaler même les liquides. Interrogé, M. G... raconte que, le 2 novembre dernier, s'étant mis à table comme de coutume, il terminait son repas du soir lorsqu'il remarque que les dernières bouchées passent avec difficulté, l'une d'elles, même est rejetée au dehors avec une certaine quantité de liquide. Le lendemain, M. G... éprouve une gêne extrême à avaler les solides, la déglutition se fait avec un

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON (1)

III

Continuons, si vous le voulez, à chercher les portraits de notre monde. Sur la galerie sud, nous en trouverons un troisième de M. Pasteur, par M. Aug. Clot. C'est un dessin, grand comme nature, d'une ressemblance approximative, et petit malgré sa dimension.

Puisque nous sommes sortis des salles de peinture, descendons un instant au jardin. Nous n'aurions vraiment pas de chance si, dans l'innombrable quantité de bustes qui bordent, d'une ligne ininterrompue, toutes les allées, nous n'en découvrions pas qui nous intéressent. Jamais il n'y en a eu tant que cette année ; et l'on dit que le Jury, plus sévère que le vieil Institut, en a refusé la moitié. La plupart sont médiocres. Comment donc étaient ceux qui n'ont pas été admis ?

Voici d'abord le buste en marbre de feu le chirurgien Stanislas Laugier en costume de professeur. Il ne rappelle que de loin la tête si belle et si régulière de l'ancien membre de l'Académie des sciences. L'auteur, M. Alfred Lenoir, ne l'a peut-être pas

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 23 mai.

©BIU Santé

bruit de gargouillement insolite surtout pour les liquides qui sont en partie rejetés. Le jour suivant, les mêmes phénomènes se reproduisent; la voix même est altérée; il fait alors appeler son médecin, qui, vu les symptômes très accusés d'obstruction œsophagienne, introduit une sonde et constate qu'il est impossible de dépasser la partie moyenne de l'œsophage.

Il prescrit alors un traitement à l'iodure de potassium et au chlorate de potasse en même temps que des applications de teinture d'iode à l'extérieur. Cette médication reste sans effet; la déglutition des solides même en bouillie devient de plus en plus difficile, et vers le vingtième jour survient soudain une hémorrhagie estimée environ à 100 grammes.

Deux jours après se fait une seconde hémorrhagie, qui se continue pendant toute la nuit par des crachats sanguinolents.

C'est alors que le malade, effrayé, vient nous consulter.

A ce moment, 3 décembre, les conditions sont les suivantes : la dysphagie est des plus accusées, les solides ne peuvent plus franchir le passage rétréci, les liquides mêmes ne passent qu'avec une extrême difficulté, encore faut-il les introduire à l'aide d'un chalumeau de façon à ce qu'ils n'arrivent dans l'œsophage qu'en très petite quantité; la lenteur de la déglutition est telle que le malade met trois heures pour absorber 120 grammes de lait, dont la moitié au moins est régurgitée. Peu ou pas de douleur, si ce n'est une sensation de gêne que le malade ressent au passage des aliments et qu'il rapporte toujours à l'entrée du pharynx. La respiration est normale.

Le poids du malade s'est modifié : de 110 kilogr. qu'il pesait, il ne pèse plus que 85 kilogr.; en un mois, il a donc perdu 25 kilogr. Le teint est légèrement rosé sur un fond jaune; les yeux sont ternes, la conjonctive présente une teinte jaunâtre; il y a anorexie complète, sans dégoût spécial pour la viande; les garde-robes sont rares, une tous les quatre jours; la quantité d'urine est très minime, 400 grammes dans les vingt-quatre heures; sa composition est la suivante :

Quantité en 24 heures, 400 gr.; densité, 1,020; urée par 24 heures, 7,80; acide urique par 24 heures, 0,34; acide phosphorique par 24 heures, 0,90; matières fixes par 24 heures, 16,4; éléments organiques : cellules épithéliales; leucocytes nombreux.

Les régions cervicales et thoraciques, explorées attentivement, ne présentent rien d'anormal; pas d'engorgement de ganglions; aucune dilatation pupillaire; pas de gonflement des veines sus et sous-claviculaires; l'œsophage est donc seul intéressé, et dans quelles proportions? C'est ce que le cathétérisme nous apprend.

---

connu, ou peut-être l'a-t-il oublié depuis le temps qu'il est mort, en 1872, si nous ne nous trompons.

A peu près en face, une terre cuite, d'un rouge vif, représente M. le docteur Dufay, sénateur. Nous avons été obligé de consulter le livret pour nous en assurer. M. Théophile Camel aurait pu, — nous le supposons du moins, — tirer un meilleur et plus large parti de la tête intelligente et fine du médecin de Blois. Les sénateurs qui, de leur propre mouvement, passent des colliers au cou du président de l'Association médicale de France méritent qu'on fasse les plus grands efforts pour les satisfaire.

Une autre terre cuite porte le nom glorieux du docteur Maillot qui a rendu tant d'inappréciables services à notre armée d'Afrique et à la thérapeutique. L'heure de la justice, si lente à venir quelquefois, a enfin sonné pour lui, et son souvenir ne périra pas. Nous n'avons pas eu l'honneur de le connaître, et nous pouvons seulement juger l'œuvre de Mme Pauline Maillot, auteur du buste, au point de vue de l'exécution qui nous paraît manquer un peu de fermeté et de précision.

Ce n'est pas de ce côté que pêche le buste en marbre de M. le docteur Dechambre par M. Ernest-Louis Barrias. Nous nous hâtons de dire qu'il ne pêche d'aucun côté. Très consciencieusement étudié dans ses moindres détails, il est d'une ressemblance extrême. Il n'est pas jusqu'aux cheveux postiches dont on ne sente l'artifice. M. Dechambre, en effet, portait le classique « gazon ». Physionomie étrange, avec son rictus immuable qui a dû persister jusque dans la mort et qu'a reproduit l'artiste avec une impitoyable exactitude. Mais si Dechambre a pensé que le marbre devait transmettre sa figure à la

En effet, le cathéter introduit nous indique que le rétrécissement siège au tiers moyen de l'œsophage; de plus, il est infranchissable même avec la plus petite olive. C'est en vain que nous essayons à plusieurs reprises de pratiquer le cathétérisme; l'obstacle offre une résistance telle que la tige de l'instrument se courbe sous les efforts de la pression exercée, ce qui rend l'opération impossible.

Devant cette difficulté insurmontable et aussi pour vaincre l'hyperesthésie excessive que nous rencontrons dans l'arrière-cavité buccale, nous tentons l'emploi du chlorhydrate de cocaïne.

Nous faisons donner 12 milligrammes de cette substance (1 milligramme toutes les cinq minutes) une heure avant l'opération, et nous enduisons le cathéter d'un glycérolé cocaïné au 1/20e. Le deuxième jour de cette médication, nous pouvons arriver à engager la petite olive dans la portion rétrécie; le lendemain, l'obstacle était franchi, et, les jours suivants, nous faisons passer successivement toute la série d'olives jusqu'à la plus grosse sans que nous ayons observé la moindre hémorrhagie. C'est tout au plus si le malade rendait quelques crachats sanguinolents après l'introduction du cathéter.

Le passage de l'instrument donnait lieu à un ressaut très accusé en remontant comme en descendant.

Cette nouvelle application de la cocaïne a donc produit le meilleur effet.

Nous nourrissons alors le malade au moyen de poudre de viande délayée dans du lait et introduite avec la sonde œsophagienne. De ce moment, l'état général s'améliore, et, le 15 janvier, le malade peut s'alimenter de bouillon, lait, potages, panades.

Les garde-robes sont devenues quotidiennes et normales, l'urine a alors la composition suivante :

Quantité en 24 heures, de 16 à 1,700; densité, 1,019; urée en 24 heures, 38,4; acide urique en 24 heures, 1,18; acide phosphorique en 24 heures, 4,12; matières fixes en 24 heures, 70,49; éléments organiques : cellules épithéliales.

Le malade, se voyant en assez bon état, retourne en province dans sa famille, de sorte que nous n'avons pas eu à le suivre davantage. Mais, dans les premiers jours de février, il nous donnait de ses nouvelles, nous annonçant que le mieux se maintenait. Le 24, il nous faisait savoir que, depuis trois ou quatre jours, il souffrait d'une grande oppression, et, le 27, l'on nous apprend qu'il vient de mourir en plein accès de suffocation.

Ainsi donc, ce malade mourait sept ou huit semaines après avoir vu son rétrécissement céder au traitement de la dilatation progressive.

---

postérité, il a certainement désiré qu'aucune de ses marques particulières ne fût négligée, lui qui admirait, avec un juste enthousiasme, la fidélité scrupuleuse de la statuaire grecque. Tout est donc pour le mieux.

Nous n'en dirons pas autant du buste de M. Coquelin cadet, — dont le modèle n'a rien de médical, mais que tout le monde connaît. — Ce buste, voisin du précédent, est de M. Falguière; il est tout de travers et, selon nous, absolument manqué. M. Falguière travaille avec la préoccupation, louable d'ailleurs, de faire vivre le marbre; c'est un résultat qu'on atteint d'autant plus sûrement qu'on met moins le public dans la confidence, et que l'effort est moins visible. Il y faut beaucoup de tempéraments et une exquise discrétion. La plus petite exagération devient vite une grimace, et cela devait être soigneusement évité à propos d'un comédien. Qu'est-ce donc lorsque l'exagération est furieuse? On n'a, pour s'en rendre compte, qu'à s'arrêter devant le groupe en plâtre des deux bacchantes que M. Falguière aurait bien fait de ne pas exposer. Alors toutes les qualités du statuaire disparaissent, et si court qu'ait été l'instant pendant lequel on s'est arrêté, on le trouve encore trop long. Passons.

Une troisième terre cuite, celle-ci teintée de jaune, a bien du mal à établir son identité. C'est, dit le livret, le buste de M. P. G..., et l'inscription placée sur le socle soutient que c'est le portrait de M. le docteur George Apostoli. Quel qu'il soit, le personnage dont il s'agit n'a rien de bien attractif : longues moustaches, joues creuses, torse bombé et comme soufflé; il a l'air d'un Polonais hépatique. Somme toute, l'incertitude de son appellation est ce qu'il y a de plus remarquable dans cette œuvre signée Arthur Mario.

OBIU Santé

Réflexions. — Nous croyons que, dans l'espèce, le cas de rétrécissement œsophagien, par obstruction cancéreuse, s'impose, et qu'il est inutile d'émettre les hypothèses de rétrécissement spasmodique ou cicatriciel.

D'autre part, rien ne pouvait faire songer à un anévrysme de l'aorte, tandis que l'âge du malade (56 ans), la teinte jaune paille, l'anorexie et surtout les hémorrhagies antérieures, nous démontraient suffisamment qu'il s'était fait là un travail ulcératif à marche rapide et de nature organique.

Toute l'indication thérapeutique consistait donc dans un traitement purement palliatif et le cathéter seul pouvait remplir ce but.

Pour conclure, nous résumons les faits saillants de cette observation, à savoir que :

1° Chez ce malade, qui avait eu des hémorrhagies spontanées antérieures, le cathétérisme n'a provoqué aucune nouvelle perte de sang;

2° Que la sensation douloureuse provoquée par le passage de l'olive ou des aliments à l'endroit rétréci, c'est-à-dire au tiers moyen de l'œsophage, était toujours rapportée par le malade à l'entrée du pharynx;

3° Que l'emploi de la cocaïne a facilité sensiblement le cathétérisme;

4° Enfin que le traitement par la dilatation progressive a procuré à ce malade, qui se voyait condamné à mourir de faim, plus de sept semaines de survie.

Thèses d'agrégation.

I. — Des paralysies toxiques, par E. Brissaud. (Asselin, 1886.)

La fortune des concours a ses malices. Elle inspire au jury des sujets de thèse d'agrégation dont l'étendue ne répond guère au temps restreint dont disposent les candidats. Il est vrai que ce hasard a aussi d'heureuses conséquences quand il impose à un candidat une question dans laquelle des travaux antérieurs lui donnent une compétence toute spéciale. Tel était ici le cas, et nul ne pouvait mieux que M. Brissaud synthétiser l'histoire des paralysies toxiques.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a commandé, à M. Hainglaise, le buste en marbre de Corvisart. Le statuaire a fait de l'illustre professeur de la Charité un joli garçon souriant. Corvisart, d'après tous les portraits que nous en avons vus, avait, en effet, la tête régulière et bien proportionnée; mais la régularité des traits n'exclut pas l'accent, et on eût aimé à retrouver dans le marbre officiel quelques marques de ce caractère mélancolique, peu expansif et plein de cœur, auquel tous les contemporains se sont accordés à rendre témoignage.

Tout près de là, à une des places d'honneur du Salon, devant le buffet, s'épanouit la face souriante aussi du professeur S. Tarnier, en grand costume de cérémonie universitaire. D'une facture remarquable, ce buste, qui nous a attiré de loin par une apparence magistrale, manque cependant de la quantité essentielle du portrait. Il a fallu que nous le touchions pour reconnaître le très aimable et très aimé chirurgien en chef de la Maternité. Décidément ce qu'il y a de plus difficile dans les arts plastiques, c'est un portrait irréprochable. Les difficulté d'un « sonnet sans défaut » ne sont rien auprès.

L'exactitude de la reproduction ne suffit pas; il faut encore que l'artiste pénètre assez dans la connaissance intime du modèle pour donner à son œuvre un caractère synthétique qui contienne, en les résumant, toutes les expressions de celui-ci. Et voilà le secret du charme que nous éprouvons à regarder les portraits des mères peintes par leurs fils, et voilà pourquoi, inversement, il est si rare qu'une épreuve photographique nous satisfasse, si fidèle qu'elle soit. Le buste de M. le professeur S. Tarnier a été traité dans une acception trop particularisée. Il est possible qu'à certains moments il soit exact; il ne

Bien que vulgaires, ces affections n'avaient pas encore été l'objet d'un travail d'ensemble. Les documents cliniques et les mémoires relatifs à leur étude abondent dans la littérature médicale; mais la science manquait d'un travail de condensation.

M. Brissaud limite le champ de son travail à la *résolution musculaire provoquée par les substances toxiques solubles*, divise les paralysies en deux groupes : les *paralysies dans les myélo-encéphalopathies* et les *paralysies toxiques par névrites périphériques*, et donne la description générale des symptômes qui leur sont communs.

Les *principales paralysies toxiques*, et parmi elles les *paralysies alcooliques*, forment la matière du troisième chapitre. Ces dernières méritaient bien cette complète description après les beaux travaux de Magnus Huss; les leçons si remarquables de M. Lancereaux, dont on ne saurait ici trop citer le nom; la thèse de M. Œttinger et l'enseignement magistral de M. Charcot. Parmi leurs manifestations, il en est une sur laquelle M. Brissaud appelle l'attention : c'est le *pseudo-tabès alcoolique* dont il résume ainsi les différences diagnostiques : « Les tabétiques lancent les jambes en avant et en dehors d'un seul coup, « la pointe en l'air, puis frappent le sol avec le talon. Dans cette succession de mouve- « ments incoordonnés, la volonté du malade ne commande que la direction générale de « la marche. » Dans le pseudo-tabès des alcooliques, « la progression, toute pervertie « qu'elle soit, est un acte voulu, combiné dans ses moindres détails, médité à chaque « pas et dont le désordre apparent n'est en somme qu'une façon ingénieuse de remé- « dier à l'état paralytique. »

M. Brissaud s'est beaucoup inspiré des travaux de Scolozouboff dans la description des *paralysies arsenicales*, mais il se sépare de cet observateur relativement à la localisation médullaire de la lésion essentielle.

Plus loin, M. Brissaud rappelle les récents travaux de M. Sapelier et de M. Bonnet sur les intoxications par le *sulfure de carbone*, et considère les paralysies produites par cette substance comme un « assemblage de désordres cérébraux et de manifestations spéciales. » Il s'arrête quelque peu aux *paralysies par l'oxyde de carbone* et arrive aux *paralysies saturnines*, c'est-à-dire sur un terrain où les documents abondent et lui permettent de consacrer quelques pages au *pseudo-tabès saturnin* et aux *névrites saturnines*.

Nous abordons l'anatomie pathologique et la pathogénie. Dans l'une, M. Brissaud appuie son argumentation sur les observations de MM. Ranvier, Gaucher, Déjérine et Maier pour repousser toute assimilation entre la dégénérescence vallérienne et les névrites péri-axiles. Dans l'autre, il fait le procès de la théorie spinale au profit de celle

---

l'est sûrement pas à d'autres. De loin, il fait naître l'idée de quelque joyeux Alsacien (du temps qu'on était joyeux en Alsace), grand amateur de bière et de refrains égrillards. De près, l'impression change et s'adoucit. La physionomie loyale et intelligente du professeur reflète la bonté spirituelle, la gaieté fine et la bienveillance; c'est ce qu'a voulu rendre l'auteur, M. Ribemont-Dessaignes. Nous lui reprochons de ne pas l'avoir rendu clairement à toutes distances.

Au point de vue de l'unité d'aspect, on serait tenté de préférer à ce buste, malgré quelques mollesses d'exécution, le buste de M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, par M. Jules Worms-Godfary, — un nom sur lequel nous ne voulons pas insister autrement, mais qui deviendra bientôt aussi connu parmi les statuaires qu'il l'est déjà ailleurs dans sa première partie. Les mollesses dont nous parlons tiennent incontestablement au travail du marbre auquel n'est pas encore accoutumé l'auteur, car nous n'en trouvons pas trace dans le buste, en bronze, de M. A. L.., par le même. Ici, tous les détails sont nettement et fermement accusés. Cela vient de ce que la fonte a respecté le modelé de la terre, tandis que le praticien chargé de faire le marbre s'est attaché à polir, à poncer les surfaces pour leur donner l'apparence du fini. Pourquoi M. Worms ne prend-il pas en main la masse et la gradine, et ne fait-il pas, jusqu'au bout, sa besogne lui-même? Avec les aptitudes merveilleuses dont il est doué, il s'en tirerait à ravir; et il y trouverait des satisfactions complètes.

Nous devons mentionner un bon buste, en bronze, de M. le docteur F...(?), largement traité par M. Alfred Thiébault; et un buste, en plâtre, de feu le docteur Dominique

de la névrite. Elève, je crois, de l'Ecole de la Salpêtrière, notre éminent confrère combat *pro aris et focis*, et sa conviction chaleureuse contribuera certainement à déterminer des adhésions nouvelles à une opinion si habilement défendue.

Par contre, il a traité avec moins d'ampleur les chapitres du traitement et du diagnostic, en retraçant seulement les grandes lignes sans s'attarder à la minutie des détails. Cette méthode a ses avantages; elle fait embrasser au lecteur toute l'étendue de la question; mais, par contre, elle laisse un peu dans l'ombre des notions indispensables aux praticiens qui, par nécessité, doivent considérer la médecine à un point de vue différent de l'histoire naturelle des maladies.

Nonobstant cette mince critique, l'œuvre de Brissaud a été conçue avec méthode, écrite avec éclat et développée dans certaines pages avec une simplicité toute magistrale. Ces qualités préparaient le succès du brillant candidat; elles assureront la fortune professorale du nouvel agrégé.

II. — De l'involution sénile, par A. Brousse (Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886.)

Il était malaisé de traiter une question aussi aride, et surtout de lui donner un réel intérêt dans les quelques semaines que le règlement du concours de l'agrégation accorde aux candidats. M Brousse a su le faire.

Il aborde hardiment ces difficultés, entre carrément dans son sujet et envisage l'involution sénile au double point de vue : 1° des *modifications organiques;* 2° des *modifications fonctionnelles de la vieillesse.*

La première partie de cette thèse est donc une étude anatomique de la vieillesse, ou mieux une anatomie descriptive des divers organes en déchéance par l'effet du nombre des années ou par des circonstances pathologiques constituant la sénilité précoce dont tout dernièrement M. Charpentier publiait une remarquable esquisse dans les *Annales médico-psychologiques*. L'atrophie et l'artério-sclérose sont les principaux facteurs de cette déchéance.

La seconde partie a pour objet les troubles physiologiques de la sénilité, troubles dont la commune origine est le ralentissement fonctionnel des organes. L'hématose et la nutrition s'altèrent, l'une en raison des modifications circulatoires et respiratoires, l'autre à cause des perturbations dans les voies digestives et dans les échanges.

De l'avis de M. Brousse, l'involution sénile est donc une sorte de ralentissement de la nutrition que notre confrère compare aux maladies par nutrition retardante. M'est avis que la vieillesse l'est bien plus encore; c'est, après tout, l'arrêt de la nutrition, et le

---

Calvo, d'une ressemblance saisissante, par M. L.-Adolphe Carion. L'artiste n'a eu garde d'omettre autour du cou du défunt docteur la croix de commandeur de nous ne savons quel ordre, et, au revers de son habit, la brochette de décorations qui le rendaient si heureux. *Alas! poor Yorick!*

(*A suivre.*)

Cl. Suty.

Pommade et lotions contre l'alopécie syphilitique. — Mauriac.

Turbith minéral		
Sulfate de quinine	aâ	0 gr. 50 centigr.
Axonge		30 grammes.

F. s. a. une pommade destinée à combattre l'alopécie syphilitique. On fait disparaître les squames pityriasiques qui accompagnent souvent cette alopécie, en prescrivant des lotions avec la solution suivante :

Carbonate de soude	1 gramme.
Borax	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée	300 grammes.

Faites dissoudre. — N. G.

retour des éléments cellulaires à leur autonomie. Dans cette libération, chacun d'eux succombe à son heure. La déchéance sénile, considérée dans son ensemble, est une sorte de désagrégation cellulaire. L'idée, d'ailleurs, date de loin, et Bichat l'avait sans doute dans l'esprit, quand il écrivait cette phrase bien connue : « Voyez l'homme qui s'éteint « à la fin d'une longue vieillesse, il meurt en détail ; ses fonctions extérieures finissent « les unes après les autres. »

III. — Des vertiges, par E. Weill. (Paris, 1886. J.-B. Baillière.)

Qu'est-ce que le vertige? Cette question préliminaire ne laisse pas que de paraître embarrassante, paraît-il, car les réponses des auteurs sont loin d'être concordantes. Après une sommaire discussion, M. Weill emprunte cependant, sans les citer, à Grainger Stewart sa définition, et déclare que le vertige est « le sentiment de l'instabilité de notre « position dans l'espace, relativement aux objets environnants ».

Jusqu'ici, et notamment dans le *Traité des névroses* de MM. Axenfeld et Huchard, on basait la classification des vertiges sur les conditions étiologiques. M. Weill préfère s'adresser aux notions physiologiques pour ranger les vertiges en trois catégories : les vertiges par affections de l'appareil d'équilibration réflexe ; les vertiges par affections sensorielles et les vertiges mixtes. Malheureusement, l'accord n'est pas fait entre les physiologistes et les cliniciens qui, par nécessité, restent pratiquement au-dessus ou tout au moins en dehors des théories, et ne s'accommodent guère d'une classification dont la raison est dans des lésions, trop souvent absentes, ou dans des troubles fonctionnels localisés aux canaux demi-circulaires, au nerf auditif, au cervelet, ou aux pédoncules.

Aussi, après avoir critiqué bien brièvement l'opinion de Gueneau de Mussy et mis de côté celle d'Axenfeld, qui, nonobstant leur mort, conservent tous deux une vivante réputation, M. Weill se trouve obligé d'inscrire, parmi les troubles de l'appareil d'équilibration réflexe, des vertiges par action directe, ou bien par action à distance, des vertiges névrosiques et des vertiges dyscrasiques, des vertiges toxiques, anémiques, congestifs, infectieux et diathésiques.

C'était une œuvre aride de donner le tableau clinique de chacun de ces vertiges. Malgré ces difficultés, M. Weill l'entreprend en tirant surtout parti des plus récents travaux de nos contemporains auxquels il s'adresse de préférence.

Le chapitre de la pathogénie permet bien de mesurer la difficulté de préciser le mécanisme de la plupart des vertiges et de juger la diversité des hypothèses au moyen desquelles l'imagination inventive des auteurs essaye de faire la lumière dans cet obscur problème. Par contre, M. Weill s'étend peu sur la puissance de ce facteur pathogénique qui sert, ce me semble, de lieu commun aux divers vertiges : je veux parler de l'état neuro-diathésique dont notre estimé confrère fait pressentir l'influence en écrivant que, parfois, le vertige « indique un terrain nerveux particulier, une certaine irritabilité qui « touche à la névropathie ».

Ici, en effet, le rôle des diathèses est indéniable ; Axenfeld et M. Huchard, son commentateur, l'ont démontré après, et avec d'autres. Cette question offrait donc au candidat la matière de considérations d'autant plus importantes qu'elles permettent d'asseoir le traitement du vertige sur des bases solides. Au reste, la thérapeutique des vertiges a été fort brièvement traitée dans ce mémoire. Elle y occupe quatre ou cinq pages seulement, et se limite à l'exposition fort brève de quelques-unes des médications symptomatiques. Par contre, les indications générales y sont omises. Était-il donc superflu de les mentionner ?

Nonobstant ces objections, la thèse de notre confrère lyonnais laisse dans l'esprit du lecteur une utile impression en lui montrant les lacunes de nos connaissances actuelles sur la physiologie ou la pathologie du vertige et l'immensité des difficultés inhérentes à son étude.

IV. — Pathogénie des atrophies musculaires, par Pierre Parisot. (Paris, 1886. Félix Alcan.)

M. Parisot entend par atrophie musculaire « le résultat de la dénutrition du muscle « caractérisé par la diminution du volume ou du nombre des fibres musculaires ». Cette

©BIU Santé

définition admise et commentée, notre confrère de Nancy renonce à toute classification pathogénique des amyotrophies; il s'en tient à les diviser en trois groupes : les *amyotrophies dues à une lésion du système nerveux central*, les *amyotrophies par altérations du système nerveux périphérique* et les *amyotrophies d'origine myopathique*.

C'est à part qu'il étudie les *amyotrophies consécutives aux altérations osseuses ou articulaires* et les amyotrophies *des maladies infectieuses, des intoxications, des dyscrasies et des cachexies*. Ici il se place sur le terrain de l'étiologie pure ; tout à l'heure il était dans le domaine de la pathogénie.

Les amyotrophies par lésion du système nerveux central ont pour origine une altération des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, les altérations toujours primitives d'après l'auteur qui n'accepte pas l'opinion de Friedreich. Parmi elles, il s'arrête de préférence sur deux types, l'un aigu, l'autre chronique : la paralysie spinale de l'enfance et l'amyotrophie progressive protopathique. Cette étude est un exposé fidèle des nombreuses acquisitions dont nous sommes redevables à M. Charcot et à l'École de la Salpêtrière. C'était justice de donner à ce maître éminent la grande place qu'il doit occuper dans ce domaine qui est le sien et dans cette partie de la neuropathologie dont il est le moderne législateur.

Le chapitre des *amyotrophies d'origine périphérique* contient un exposé fidèle de la question des névrites périphériques, question toute d'actualité et dans laquelle M. Parisot prend partie avec Strumpell contre Erb. En d'autres termes, il repousse la théorie de l'immobilisation, la théorie vaso-dilatatrice, la théorie de la vaso-constriction, la théorie des nerfs trophiques et celle de l'interruption des nerfs trophiques. Plus loin il s'arrête à la théorie, réflexe à celle de la névrite ascendante et à celle de l'irritation, et au terme de cette discussion conclut donc qu'il y a des amyotrophies myélopathiques, comme il existe des amyotrophies névritiques. C'est estimer avec Strumpell que les deux segments du système neuromusculaire peuvent être frappés simultanément ou successivement par une même cause et qu'on se rend compte de l'origine différente des unes et des autres de ces amyotrophies.

Dans le chapitre des amyotrophies d'origine purement myopathique M. Parisot passe en revue les diverses formes d'amyotrophies progressives, regarde la lésion musculaire comme protopathique et considère cette lésion comme indépendante de toute altération nerveuse centrale ou périphérique.

La pathogénie des autres atrophies musculaires peut résulter de l'intervention d'autres facteurs morbides modifiant le muscle même directement ou produisant ses altérations par l'intermédiaire de la moelle : telles sont les amyotrophies infectieuses et toxiques ou celles de l'hyperthermie.

Quant aux amyotrophies des maladies des os et des articulations, on en peut diversement interpréter l'origine ; ainsi le fait M. Parisot.

En se plaçant à un point de vue plus général, on est donc en droitde dire qu'actuellement l'atrophie musculaire circonscrite ou généralisée n'est pas produite par un mécanisme toujours identique. Multiple dans ses formes, elle est multiple dans sa pathogénie. Cette conclusion termine cette thèse remarquable dans laquelle on regrette de ne pas lire plus souvent le nom de Duchenne (de Boulogne). Son œuvre immense serait-elle déjà dans l'oubli ? — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

Déplacement du côlon transverse, par C.-H. Thomas. — Dans trois cas, le déplacement du côlon transverse donna lieu pendant la vie à des symptômes graves dont l'origine resta méconnue : 1° Chez un homme de 80 ans, ils consistèrent principalement dans l'anorexie, l'émaciation et de la diarrhée profuse revenant par accès et alternant avec l'apparition d'une tumeur siégeant transversalement entre le pubis et l'ombilic. A l'autopsie, le côlon transverse se trouvait énormément allongé et avait pris la forme d'un V ; 2° femme de 54 ans, souffrant de violentes douleurs à la région du

foie, aggravées par la marche, atténuées par la position horizontale; constipation opiniâtre avec des symptômes d'obstruction; on constate, par intervalles, la présence de deux tumeurs, siégeant d'un côté de l'abdomen et de l'autre, depuis le rebord des côtes jusqu'à l'os iliaque ; on songe aux côlons ascendant et descendant engoués de matières. A l'autopsie, côlon transverse d'un petit calibre, mais très allongé et logé en partie entre le pubis et la vessie; 3e homme de 30 ans, à la dernière période d'une maladie rénale; il souffre violemment à droite et un peu au-dessus de l'ombilic; cette région est tympanique et, ici, on soupçonne l'ectopie. On trouvait, en effet, une flexion du côlon transverse en V, dont la pointe correspondait au point douloureux. Bright et Esquirol ont rapporté des cas analogues, auxquels il doit être fait une place à part dans l'histoire des entéroptoses si bien étudiées par Franz Glénard. (*The Boston med. and Surg. J.*, 1884, p. 1.)

Léthargie prolongée à la suite de l'administration de doses exagérées de bromure de sodium, par E.-G. Cutler. — Le malade se traitait dans le but de se soustraire à des habitudes de morphinomanie, à l'aide de doses successivement croissantes de bromure de sodium. Il devait, partant de 60 grains trois fois par jour, arriver, en augmentant quotidiennement de 10 grains, à 120 grains trois fois par jour. Il exécuta bien ce programme pendant une semaine entière, mais il eut déjà de la peine à prendre le dernier jour la quantité voulue; quatre jours après il se trouvait dans un état léthargique absolu : aucune excitation n'aboutissait au moindre mouvement réflexe ; aucun mouvement de déglutition; respiration lente et superficielle; température subnormale; une once d'urine par jour était extraite avec la sonde. Le traitement consista en lavements alimentaires, alcooliques, de strychnine, de nitre ; et on pratiqua la faradisation générale. Le quinzième jour seulement, la conjonctive manifestait quelque sensibilité; le dix-septième, il pouvait avaler avec une grande lenteur. Le vingtième, il commença à s'éveiller et l'urine fut pour la première fois rendue sans le secours du cathéter. Les mouvements revinrent dans les jambes, puis les bras, mais s'accomplissant longtemps encore lentement et avec maladresse. Pas d'éruption cutanée. Le malade, momentanément guéri, revint plus tard à la morphine. (*The Boston med. and S. J.*, 1884, p. 248.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai. — Présidence de M. Trélat.

Correspondance officielle :

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. de Lacaze-Duthiers, comme associé libre, en remplacement de M. le docteur Chereau, décédé.

M. Cornil donne lecture d'une lettre de M. Neucki (de Berne), dans laquelle cet observateur croit devoir protester contre l'assertion émise par M. Béchamp, qui le considère comme un partisan de ses idées.

M. Béchamp adresse une lettre en réponse à la communication faite à l'Académie dans la dernière séance par M. Gautier.

— M. Proust présente, au nom de M. Henri Napias, deux brochures intitulées : 1° « L'Association française en 1884-1885 » ; 2° « Enquête sur les modifications à apporter aux lois de septembre 1848 et 19 mai 1874 sur le travail dans l'industrie ».

M. Laboulbène offre en hommage une brochure intitulée : « Notice sur Henri Milne-Edwards ».

M. Fournier présente, de la part de M. le docteur Henri Gaudichier, une brochure inti-

©BIU Santé

tulée : « De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale précoce ». (Prix Godard.)

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Daga, un travail intitulé : « De la fièvre typhoïde observée à Nancy en 1881 et 1882.

M. Gariel présente une note sur un procédé permettant l'immobilisation et le transport des piles dites électro-médicales, d'après le système Raoul Guérin.

— M. le Président déclare une vacance dans la section de médecine vétérinaire.

— M. le docteur Demons (de Bordeaux) lit un travail intitulé : « Sur le drainage de la vessie après la taille hypogastrique ».

L'auteur dit que le drainage de la vessie peut être effectué après la taille hypogastrique par un moyen simple, facilitant les lavages de la vessie, favorisant le passage de l'urine par la voie naturelle, s'opposant à l'infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire, permettant de laisser à la plaie de l'hypogastre des dimensions très restreintes et la plaçant dans des conditions convenables pour une cicatrisation rapide. (Comm. : MM. Polaillon, Labbé, Marc Sée.)

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission porte : en première ligne, M. Prunier ; en deuxième ligne, M. Chatin (Joannès) ; en troisième ligne, M. Marty ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Chastaing, Petit et Tanret.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38. M. Chatin obtient 51 voix ; M. Prunier, 21 ; M. Marty, 1 ; M. Tanret, 1. — M. Joannès Chatin est élu.

— M. le docteur Nicolas lit un travail intitulé : « L'hygiène dans l'isthme de Panama ».

L'insalubrité de Panama résulte, d'après lui, du concours d'une chaleur humide, particulièrement énervante et dépressive dans la saison et dans les mois où elle atteint sa plus grande intensité : normalement de mai à novembre ; et des effluves marécageux disséminés dans l'air toujours à peu près saturé et généralement chargé en toute saison de nébulosités qui y maintiennent un *marais aérien permanent*.

Bien que les bouleversements du sol n'aient pas accru directement l'insalubrité, ils modifient éventuellement les conditions hygiéniques, par rapport à la malaria, toutes les fois qu'en changeant les conditions orographiques et par suite hydrologiques de la contrée, ils favorisent la formation d'un foyer morbide où s'engendrent les fièvres ; et, dans l'isthme, comme ailleurs, l'observation quotidienne le démontre dans tous les campements ; l'origine principale de l'insalubrité tropicale, c'est le marécage.

M. Nicolas insiste beaucoup sur l'importance du *drainage* au point de vue de l'hygiène, sur les conditions de l'habitation, la désinfection des habitations suspectes, le mode des inhumations, la *crémation chimique*, l'hydrothérapie froide, qui est, suivant lui, le meilleur moyen d'atténuer les effets de la chaleur énervante de Panama, l'usage de la quinine comme moyen préventif de la fièvre ou des fièvres.

« L'œuvre de Panama, dit l'auteur en terminant, est une œuvre nationale. Toutes les nations du globe ont les yeux fixés sur le pavillon français que nous avons hissé là-bas et qui a le don, partout où il apparaît, d'émouvoir le monde. Nous voudrions ne pas l'amener. Or, c'est l'hygiène qui, pour une grande part, assurera l'achèvement du canal interocéanique.

« En outre, je voulais attirer les regards du monde médical sur les soldats du progrès qui soutiennent au loin cette lutte gigantesque contre la maladie tropicale. Ces soldats sont français pour la plupart. J'ai songé à leur adresser, au nom du pays, un encouragement sympathique. Je n'ai pas trouvé de tribune qui fût meilleure que celle-ci et surtout plus retentissante. » (Applaudissements.)

M. le Président remercie M. Nicolas de son importante communication et propose l'insertion *in extenso* de son travail dans les *Bulletins*. Cette proposition est votée à l'unanimité des membres présents.

M. Péan communique, sous le titre de « tumeurs végétantes du péritoine pelvien à

forme colloïde et myxomateuse », plusieurs observations avec présentation de malade et de pièces pathologiques à l'appui.

Voici les conclusions de cette communication :

« 1° Il existe un groupe de tumeurs particulières au péritoine pelvien constituées par la production à la surface de ce feuillet séreux, de végétations multiples, mollasses, assez analogues à du frai de grenouille, susceptibles de prendre la disposition arborescente.

« 2° Ces tumeurs peuvent se présenter sous trois types : le premier caractérisé par des masses disséminées sur le péritoine pelvien; le deuxième, sous forme de tumeurs solides ou demi-liquides bien circonscrites, qui occupent à la fois le péritoine et les annexes de l'utérus; le troisième, remarquable par la formation de masses kystiques volumineuses à forme à la fois aréolaire et végétante.

« Dans ces trois types, la présence et la prompte reproduction d'un liquide ascitique offrant des caractères spéciaux constituent un phénomène concomitant de premier ordre.

« 3° Ces tumeurs ont été confondues à tort, jusqu'ici, avec certaines variétés d'affections malignes du péritoine, de l'utérus, des ovaires et des ligaments larges, dont elles se distinguent en réalité par leurs caractères anatomiques, leur marche et le pronostic qui leur est applicable.

« 4° Elles sont susceptibles d'être traitées et guéries par un procédé d'intervention chirurgicale qui nous est propre.

« 5° Chez les malades que nous avons opérées, et le nombre en est déjà grand, nous n'avons pas jusqu'ici observé de récidive, bien que, chez quelques-unes, notre intervention remonte à un assez grand nombre d'années. »

— A quatre heures quarante cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national (2e division).

VARIÉTÉS

LA RÉSISTANCE DES MICROBES A LA CHALEUR DES ÉTUVES ET LES EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES DE M. LE PROFESSEUR GRANCHER.

Au moment où l'exposition d'hygiène urbaine est ouverte au public et où on peut comparer les divers systèmes d'appareil à désinfection, il était utile de déterminer la valeur comparative de la désinfection par la vapeur sèche avec la désinfection par la vapeur humide. Tel a été l'objet des décisives et ingénieuses expériences dont M. Grancher a récemment fait connaître les résultats dans la *Revue d'hygiène*.

Les conclusions de l'habile observateur donnent la préférence aux étuves à vapeur humide sous une pression de 106 centimètres. Quand ces conditions sont réalisées, les microbes pathologiques succombent, alors même qu'ils auraient pénétré dans l'épaisseur d'un matelas. M. Grancher l'a constaté pour les bacilles du rouget, du choléra des poules et de la salive, pour le bacille virgule de Koch, le bacille virgule de Finckler, le bacillus subtilis, les spores du charbon et le tyrothrix scaber de Duclaux.

Tandis que tous ces micro-organismes étaient détruits dans l'étuve à air humide et à vapeur, plusieurs d'entre eux résistaient opiniâtrement. Tels sont le bacillus subtilis, le tyrothrix scaber et les spores du charbon.

Tout en rendant un légitime hommage à la précision de ces expériences dont la délicatesse exige beaucoup de sagacité de la part de l'observateur, nous devons en outre nous féliciter de ce que la solution d'une question aussi controversée soit l'œuvre d'un de nos compatriotes. — Ch. Eloy.

COURRIER

Errata. — Dans la Réponse de M. Surmay au rapport de M. de Ranse, sur la création d'un Ordre de médecins, il faut lire : Page 848 : « on pourrait dire que *la* défense est

©BIU Santé

complète ». — Page 849, ligne 21 : « *Je n'insiste pas* », au lieu de : « Je n'hésite pas ». — Page 850, ligne 21 : « plaidoyer contraire fort vif et *fort* chaleureux ». — Page 863, 15e et 16e lignes : « ceux-là mêmes aient pris *la* défense d'une telle situation qui avaient *en* plus à *en* souffrir dans leur honneur ».

— Le Conseil municipal de Buenos-Aires, frappé des immenses services rendus, à Paris, à la population malheureuse par l'Œuvre de l'hospitalité de nuit, vient de voter une somme de 75,000 francs pour la fondation d'un asile de nuit. Cette mesure est d'autant plus nécessaire que, sur une population de 400,000 habitants, la capitale de la République argentine renferme plus de 250,000 étrangers.

Il a décidé aussi, sur la proposition du docteur Benjamin Dupont, membre de la municipalité et du Conseil d'hygiène, que la crémation serait obligatoire, dans cette ville, pour tous les cas de maladies épidémiques, et facultative pour les autres. Ce vote réalise un grand progrès pour ce pays, car jusqu'à ce jour, d'après une coutume espagnole du XVe siècle, on disposait les cadavres dans des niches au-dessus du sol, dans des sortes de chapelles, où les cercueils sont toujours exposés aux regards.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

Assistance publique. — M. le Dr Picard (Ad.) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement. — Les médecins du VIIIe arrondissement sont convoqués, le lundi 31 mai, pour l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Service des vaccinations. — Le service de vaccinations gratuites de la Société française d'hygiène, qui depuis plusieurs années fonctionne avec tant de régularité, au grand bénéfice de la population parisienne, a été repris à partir de mardi 25 mai, et sera continué les mardis suivants, à midi, à la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, 44, rue de Rennes.

Les enfants seront vaccinés avec de la lymphe vaccinale prise, sur place, sur la génisse.

Les médecins de Paris y trouveront, à leur choix, sans rétribution aucune du vaccin jennérien (vaccin d'enfant) et du vaccin animal (vaccin de génisse).

Les médecins de province pourront se procurer au siège de la Société, 30, rue du Dragon, du vaccin au prix de 1 fr. 50 c. le tube pour le vaccin de génisse, et de 0 fr. 75. c. pour les pointes d'ivoire chargées de vaccin jennérien (valeur incluse en timbres-poste).

N. B. — Le secrétaire général de la Société française d'hygiène a l'honneur de prévenir ses confrères de la presse politique et scientifique de Paris, que les personnes qui se présenteront rue de Rennes, avec une lettre à l'en-tête des journaux respectifs auront un tour de faveur pour les vaccinations à opérer.

— La quatrième conférence transformiste sera faite le jeudi 27 mai, à quatre heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Le conférencier, M. Gabriel de Mortillet, traitera de « l'Evolution paléontologique des animaux ».

On se procure des billets au siège de la Société.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 29 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement.

Hôpital d'enfants a Milan. — On annonce l'érection à Milan d'un hôpital pour les enfants : il est dû à l'ordre des chevaliers de Malte. (*Gazetta degli Ospitali*, 18 avril 1886).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Dubrisay : Angine diphthérique sur un enfant de 12 ans. — Paralysie consécutive. — Mort. — II. Bibliothèque : Le pouls puerpéral physiologique. — III. Revue des Journaux : Le microparasite de la gangrène sénile. — Curieuse opération césarienne. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

Angine diphthérique sur un enfant de 12 ans. — Paralysie consécutive. Mort.

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 8 mai 1886

Par M. Dubrisay.

Le 9 mars 1886, j'étais appelé auprès d'un enfant de 12 ans jusque-là très bien portant, qui, depuis la veille était atteint d'angine. Avant tout examen j'étais averti par les parents de la gravité probable de l'affection. Cet enfant, arrivé depuis deux jours dans sa famille pour les congés de carnaval, venait d'une pension située aux environs de Paris dans laquelle s'étaient déclarés depuis un mois plusieurs cas d'angine grave : à la fin de février, un élève était mort : pour en finir avec cette question d'épidémie locale, disons tout de suite que consécutivement au cas de notre malade plusieurs élèves furent encore atteints, et le directeur de la pension crut devoir faire évacuer momentanément son établissement.

Les inquiétudes des parents de mon petit malade n'étaient que trop fondées : il était atteint d'une angine diphthérique caractérisée par la présence sur l'amygdale gauche et sur les piliers du voile du palais d'une fausse membrane très épaisse, d'un gris noirâtre, de la dimension d'une pièce de vingt sous ; du même côté gauche, la tuméfaction du cou était considérable et remontait jusqu'à la région parotidienne. La luette, l'amygdale droite, les piliers droits du voile étaient indemnes, les fosses nasales étaient libres.

L'enfant était très abattu, parlait avec peine et d'une voix nasonnée, il avalait très difficilement ; le pouls était rapide à 140 ; la température axillaire était de 40°.

Les phénomènes aigus de l'angine diphthérique n'étant pas ceux sur lesquels je désire appeler l'attention, je résumerai brièvement l'observation de cette première période de la maladie.

FEUILLETON

CAUSERIE

Comment il faut considérer la question de la tuberculose. — L'hygiène et le pédestrianisme *dans le* High-Life. *— Les pensums et le développement du cristallin chez les enfants.*

Lorsque la question d'accorder une subvention au fond d'encouragement pour combattre la tuberculose a été discutée devant le conseil municipal de notre bonne ville de Paris, un des honorables membres de la Compagnie a dit qu'on ne pouvait rien contre la maladie elle-même, et qu'on ne devait songer qu'à la prévenir en améliorant les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles nous vivons et surtout vivent les classes ouvrières et pauvres qui fournissent le plus fort contingent à la mortalité par la tuberculose. Il y a certainement un fond de vrai dans cette objection. Il est incontestable que la mauvaise hygiène des classes pauvres, les mauvais aliments dont elles se nourrissent, les logements insalubres qu'elles habitent, la misère enfin, sont autant de conditions qui favorisent l'éclosion et le développement plus ou moins rapide des affections tuberculeuses ; mais ce n'est là qu'un des côtés de la question. L'honorable conseiller municipal n'a parlé que du terrain sur lequel germe et pousse la graine ; il n'a rien dit de la graine elle-même et encore n'a-t-il pas examiné tous les terrains sur lesquels elle est susceptible de se développer.

Je ne veux pas m'occuper ici de la graine, dont la commission de la tuberculose, si

Du 9 au 16 mars les fausses membranes persistèrent dans le fond de la gorge ; elles s'étendirent successivement sur la luette, sur la voûte palatine, sur l'amygdale et les piliers du côté droit, mais respectèrent toujours la paroi postérieure du pharynx, le larynx et les fosses nasales.

Les symptômes généraux furent graves et tout à fait en rapport avec les caractères infectieux de la maladie. Dès le second jour, la fièvre était tombée pour ne pas se relever ; le pouls était à 80, 84, 90 ; il devint intermittent dès le cinquième jour, et conserva ce caractère : les mêmes intermittences se retrouvaient au cœur. La température était à 38° et à quelques dixièmes près resta à ce chiffre Il y eut enfin de nombreuses et abondantes épistaxis qui forcèrent à recourir au tamponnement et au perchlorure de fer.

Pendant toute cette semaine du 9 au 16 mars, l'enfant était dans un état semi-comateux, parlant à peine, ne dormant jamais complètement, avalant avec une extrême difficulté, à cause du gonflement considérable des parties malades, et d'un dégoût presque insurmontable pour toute espèce d'aliments.

La tuméfaction s'était étendue aux deux côtés du cou ; elle était considérable et persista même après la disparition des fausses membranes.

Les urines étaient rares, peu abondantes et renfermaient de l'albumine, mais en faible proportion.

Dès les premiers jours et pendant toute la durée de la maladie, l'enfant eut une tendance à la diarrhée.

Je n'ai pas noté l'odeur fétide si fréquente de l'haleine. L'usage continu des injections de thymol, que le malade lui-même réclamait d'une manière incessante, peut expliquer en partie l'absence de ce symptôme.

Le traitement suivi a consisté : 1° en injections d'eau et de thymol, comme je viens de le dire ; 2° en préparations de quinquina, sirop, extrait, vins ; 3° en une alimentation aussi tonique que possible, eau vineuse, bouillons, lait, potages et œufs.

Le 17 mars, toute trace de fausses membranes avait disparu, et, sauf l'inappétence et un peu de diarrhée, l'état général était bon.

Le 19, l'enfant put se lever, et, le 21, il sortit à pied avec son père. On pouvait le considérer comme guéri.

J'arrive à la question du retentissement de la maladie sur le système nerveux, aux phénomènes de paralysie périphérique qu'il présenta et aux terribles accidents qui,

---

elle vient jamais à fonctionner, aura à étudier les différents modes de dissémination, de germination, et de possibilité d'atténuation et d'extinction — mais le terrain est par lui-même assez vaste pour remplir les quelques petites colonnes consacrées à ce feuilleton.

En prenant parti pour les classes pauvres, l'honorable conseiller municipal a, disent les mauvaises langues, fait ou voulu faire d'une pierre deux coups ; le premier rendre service aux classes pauvres, cela est incontestable, le second, servir ses intérêts électoraux. Je ne veux pas faire de politique, aussi ne m'arrêterai-je pas à discuter ces assertions ; je veux dire seulement que, s'il était sincère en disant que les classes pauvres seules étaient décimées par la tuberculose, il se trompait beaucoup, car les classes riches fournissent à la mortalité, de ce chef, un aussi fort contingent que les classes pauvres. Faut-il vous citer des exemples ? Est-ce que la famille royale des Bourbons n'a pas, presque chaque année, à pleurer quelqu'un des siens, mort de cette cruelle phthisie qui vient de placer le deuil sur le trône d'Espagne ? Et la famille d'Orléans ? Et tant d'autres, auxquelles faisait allusion notre excellent confrère Janicot dans son appel aux familles riches en faveur de l'œuvre de la tuberculose ? Ce n'est pas la misère qui appelle et retient chez elles le tubercule, ou du moins ce n'est pas la même que chez les classes pauvres ; c'est, si l'on veut, la *misère physiologique*, genre de misère qui atteint toutes les classes, toutes les personnes douées de mauvais organes qui assimilent peu ou qui assimilent mal les aliments, quelle que soit leur qualité, que l'on met à leur disposition.

le 28 mars, c'est-à-dire quatre jours après l'époque où je le croyais guéri, l'emportèrent en quelques heures.

Aux premiers jours de la maladie, l'enfant, comme je l'ai signalé, avait éprouvé une difficulté extrême à avaler quoi que ce fût : le gonflement extrême des parties, la douleur produite par tout mouvement de contraction musculaire, une anorexie absolue rendaient compte de cette difficulté qui, vers le sixième jour, diminua d'ailleurs avec l'intensité des phénomènes inflammatoires. Au dixième ou onzième jour, quand le malade commença à se lever, elle fut remplacée par un autre ordre d'accidents. Les liquides, ou plutôt certains liquides, le vin, par exemple, et une potion au quinquina, ne pouvaient être avalés et revenaient en partie par le nez. Le lait, les potages, les œufs passaient facilement. En même temps, la parole présentait un peu d'embarras; l'articulation de certains mots était laborieuse et incomplète. Il y avait donc, comme cela se présente souvent à la suite de la diphthérie, une paralysie portant sur le voile du palais et sur la langue, mais une paralysie assurément très restreinte et de la motilité seulement sans anesthésie; car le toucher du voile était, au malade, on ne peut plus désagréable, douloureux même. Nulle autre région, ni les membres supérieurs, ni les membres inférieurs, ni les muscles de l'œil ni le diaphragme, ne furent atteints par la paralysie. Dès que l'enfant se leva, il fut solide sur ses jambes. La première fois qu'il sortit, au grand étonnement de ses parents, il put jouer et courir. Un fait à signaler, toutefois, c'est qu'une ou deux fois, du 20 au 28 mars, pendant la semaine de convalescence, sans effort ni nausée, il vomit le repas qu'il venait de faire.

Nous avons dit que l'enfant était sorti le 24. Le lendemain, 25, il se trouva si bien que son père crut pouvoir l'emmener à la campagne pour plusieurs heures.

Je le revis le 26 : il était pâle, mais, à tous les points de vue, son état s'était encore amélioré depuis quarante-huit heures : l'appétit était revenu; il dormait bien et respirait très librement; il parlait facilement et la paralysie du voile semblait avoir disparu. Il buvait et mangeait toute espèce de boissons ou d'aliments; la déglutition était redevenue normale. A certains moments, on constatait encore des intermittences et des irrégularités dans le pouls.

Le 27, il fit une promenade à pied, et il s'en trouva très bien.

Le 28, il fut de nouveau conduit à la campagne à Charenton.

Jusqu'à six heures du soir, tout se passa bien. Après un déjeuner fait dans de bonnes conditions, il avait joué et couru avec deux autres enfants, quand tout à coup, à six heures du soir, il fut pris d'une angoisse précordiale avec dyspnée violente. Les traits

---

L'hygiène peut, à coup sûr, beaucoup pour remédier à cette misère physiologique, avec ses ressources variées : exercices, gymnastique, habitation au grand air, hydrothérapie, etc.; mais, quoi qu'en dise l'honorable conseiller municipal dont je parlais tout à l'heure, ces moyens ne sont guère à la portée des classes pauvres. Ils sont réservés aux classes aisées, mais certains d'entre eux sont heureusement mis à la disposition des pauvres dans la personne de leurs enfants, qu'ils fréquentent les écoles ou qu'ils fassent partie des bataillons scolaires; je compte beaucoup sur les exercices physiques que font ces enfants, comme aussi sur ceux qu'on impose aux jeunes soldats, pour régénérer peu à peu les faibles de constitution et en faire plus tard de bons pères de famille, souches d'enfants à l'abri de la tuberculose.

Les personnes appartenant aux classes riches, pouvant, en général, disposer de leur temps, poussent un peu trop loin peut-être les précautions hygiéniques prescrites par les idées médicales actuelles, — comme toutes les idées médicales d'ailleurs. L'hygiène est à la mode, hâtons-nous d'en user pendant qu'elle guérit. Que d'habitudes bizarres prennent, en l'espèce, les célibataires arrivés à l'âge où *on n'a plus qu'à perdre!* M. de Pène nous en a tracé un modèle réussi dans son livre récent : *Trop belle!*

« Les matinées de Comaneuil, dit-il, sont consacrées à l'entretien de sa personne. Il faut avoir vu ces séances là pour y croire. Lever à huit heures, frictions générales et ablutions froides, lavage de la tête à l'eau de senteur, vaporisation de parfums variés sur la tête de M. le vicomte; polissage des ongles, un peu de gymnastique de chambre : Comaneuil, sérieux comme s'il accomplissait un sacerdoce, exécute méthodiquement

s'altérèrent et exprimèrent une vive anxiété ; sur toute la surface du corps, sur la figure principalement, la peau se recouvrit d'une teinte terreuse. Les extrémités d'abord, puis les membres et le tronc se refroidirent. En même temps, le malade était en proie à la plus violente agitation; étendu sur son lit, il changeait continuellement de place, rejetait les couvertures, portait ses membres dans tous les sens. La sensibilité cutanée était intacte. L'intelligence entièrement conservée.

La respiration était tantôt fréquente et profonde, tantôt rare et à peine perceptible. A l'auscultation, on ne percevait aucun bruit anormal.

Le pouls était petit, irrégulier, inégal, d'une fréquence modérée; il devint bientôt filiforme et disparut à l'avant-bras.

Les bruits du cœur étaient irréguliers, affaiblis, sans rhythme, sans bruit de souffle perceptible.

On essaya de lui faire prendre diverses boissons, jus de viande, cognac, vin de Champagne. Il avalait et rejetait immédiatement tout ce qu'il venait d'avaler.

Arrivé près de lui à huit heures du soir, il me reconnut et me dit quelques mots entrecoupés. Un médecin de Charenton, le docteur B..., était auprès de lui depuis deux heures; en dépit de nos efforts réunis, les accidents s'aggravèrent rapidement; le refroidissement général s'accentua de plus en plus et, au bout de quelques heures, la mort arrivait sans secousses par l'affaiblissement graduel de la circulation et le ralentissement de la respiration.

Quelle était la cause, l'explication de cette fin rapide et inattendue?

Trois hypothèses se présentent :

1° Une thrombose du cœur;

2° L'altération des parois musculaires.

3° Une lésion des centres nerveux moteurs.

I. — La formation de caillots dans le cœur est une explication séduisante qui a été présentée et soutenue par plusieurs auteurs. Nous la croyons inacceptable en nous appuyant sur les raisons suivantes :

1° Dans la plupart des cas analogues, on n'a pas trouvé, à l'autopsie, de caillots dans les ventricules.

2° Dans les cas où l'on en a rencontré, les malades avraient présenté des complications pulmonaires, de la broncho-pneumonie, ils étaient morts par

---

une série de pliés devant une grande glace pour entretenir la souplesse des genoux. Puis il prend des haltères de poids moyen, exercice souverain pour les muscles. Une tasse de thé, avec laquelle il grignote un ou deux *sweeback* (il les fait venir de Hombourg), suivie d'une cigarette. Revêtu d'un complet de flanelle à petits carreaux blancs et bleus, il est allé lui-même à son écurie, histoire de faire cent pas et de humer autant de bouffées d'air matinal. C'est un événement dans la régularité de son programme quotidien. Quelque temps qu'il fasse, lui et *Bon-Garçon* (son cheval), l'un portant l'autre, ont l'habitude de prendre leur galop, à la même minute que Dieu fait, tous les jours..... Rentré chez lui, Comaneuil dépouille sa correspondance..... Avant de s'asseoir au coin du feu pour parcourir ses gazettes, n'a-t-il pas attaché ses deux genoux, bien serrés l'un contre l'autre, avec une courroie? Souveraine précaution contre les crampes, lui a dit un médecin anglais, et, en matière d'hygiène, comme tous ceux que leur moi sollicite outre mesure, le vicomte est un esprit faible auprès duquel le dernier qui parle a toujours raison.

« Il a peur d'engraisser, il a peur de maigrir; il a peur de tout ce qui pourrait altérer sa sacro-sainte effigie; aussi, il se pèse, s'examine, se soigne, se ratisse, se vêtit, se dévêtit et s'astreint rigoureusement à un régime qu'il proclame souverain, jusqu'au jour où il en changera. Pour l'instant, une mode qui vient d'Allemagne a proclamé qu'il ne fallait pas boire à ses repas. Il ne boit plus. D'autres fois, il décide que la viande seule est salutaire à l'homme, et ne lui parlez pas d'une autre nourriture! Peut-être, l'an prochain, sera-t-il végétarien? Peut-être vendra-t-il *Bon-Garçon* pour ne plus faire que

asphyxie et non pas par syncope comme dans l'exemple que nous venons de citer.

3° Les caillots constatés à l'autopsie présentaient les caractères des caillots de l'agonie ; ils étaient l'effet et non la cause des accidents ultimes et mortels.

Cette première hypothèse doit donc être repoussée.

II. — L'altération des fibres musculaires du cœur s'observe dans la diphthérie comme dans toutes les autres maladies infectieuses; mais elle est, en général, partielle, elle porte sur certaines régions, et n'est pas assez généralisée pour amener la mort.

III. — C'est à la troisième hypothèse, l'altération des centres moteurs du bulbe, que nous croyons devoir nous rattacher.

La connaissance des altérations du système nerveux consécutives à la diphthérie est de date récente. En 1862, MM. Charcot et Vulpian furent les premiers à décrire une altération granulo-graisseuse des branches du glosso-pharyngien qui partaient de la région malade. Leurs découvertes furent confirmées par divers observateurs. De là à conclure que les lésions devaient s'étendre de proche en proche jusqu'aux centres nerveux, il n'y avait qu'un pas qui fut facilement fait; mais les constatations de la clinique arrêtèrent bien vite les observateurs dans cette voie. La paralysie diphthéritique ne se produit pas seulement sur les régions qui ont été envahies par les fausses membranes. A la suite d'angine se produit parfois une paraplégie sans coïncidence de paralysie du voile; par contre, à la suite d'une diphthérie cutanée sans coexistence d'angine, le voile du palais a été atteint. La théorie exclusive de la propagation de la lésion devait donc être écartée.

Dans un mémoire très bien fait, paru en 1878 (*Ann. de physiol. pathol. et norm.*), M. Déjérine nous paraît avoir fait faire à la question un progrès marqué.

Sur cinq enfants morts de diphthérie avec paralysies consécutives, il a constaté l'existence d'une altération de la substance grise de la moelle,

---

du pédestrianisme, sous prétexte que le cheval engraisse et que les officiers de cavalerie qu'il croise dans l'allée des Poteaux en sont trop souvent la preuve vivante. Une chanteuse est l'esclave de sa voix; une danseuse, l'esclave de ses pointes. Comaneuil est l'esclave de Comaneuil. »

Il est de fait que le pédestrianisme (puisque le mot est créé, je m'en sers) devient très à la mode, parmi les plus élégantes mondaines du *high-life*. Autrefois, les gens qui se respectaient n'auraient jamais voulu se laisser voir à pied autour du lac ou dans l'allée des Accacias; aujourd'hui, la mode a tourné, et il est aussi inconvenant de s'y montrer en voiture qu'autrefois de prouver qu'on pouvait marcher soi-même. Plus on peut faire de kilomètres à pied, plus haut on est actuellement coté dans l'estime de ses pairs (je parle toujours du *high-life*, bien entendu), et je ne le regrette pas pour ma part, car je pense que cette mode va faire disparaître ces incommodes chaussures avec lesquelles on ne pouvait faire quatre pas sans risquer de s'accrocher partout, ou de chavirer comme une chaloupe en équilibre instable. Le suprême du genre est de partir le matin de son pied léger, d'aller déjeuner à Versailles ou à Saint-Germain, de revenir pour quatre heures au bois, d'y faire sa tournée quotidienne avec ses bons amis des deux sexes, et de dîner ensuite d'un excellent appétit. C'est souverain contre l'ennui, l'anémie, la gastralgie, le diabète, la tuberculose et autres fléaux anti-humanitaires.

***

Mais l'excès en tout est un défaut, tous les exercices forcés ne sont pas bons pour les

©BIU Santé

altération de nature inflammatoire, à la fois parenchymateuse et interstitielle, et une lésion également de nature inflammatoire sur les racines antérieures des nerfs.

Les choses se passent comme dans les autres maladies infectieuses, soit la variole, soit le typhus ou la fièvre typhoïde ; par une voie jusqu'ici inconnue, le virus a donc atteint et frappé la portion centrale du système nerveux.

Dans l'observation que nous avons rapportée, l'autopsie, il est vrai, manque, mais la succession des faits a toute la précision d'une expérience physiologique. On sait qu'un courant électrique intense appliqué sur les centres moteurs de la circulation à l'origine des pneumogastriques ou nerfs modérateurs du cœur, ralentit, puis arrête les mouvements du cœur; ici c'est une lésion matérielle qui a produit au début les intermittences et les irrégularités du cœur, et qui, plus tard a donné lieu à des phénomènes de syncopes au milieu desquelles le malade est mort.

C'est à cette troisième explication que nous croyons devoir donner la préférence.

Telle était, Messieurs, l'observation que j'ai crue digne de vous être présentée.

BIBLIOTHÈQUE

LE POULS PUERPÉRAL PHYSIOLOGIQUE, par Pierre LONGE. — A. Delahaye et Lecrosnier; Paris, 1886.

L'étude du pouls puerpéral physiologique existe partout et n'est faite nulle part. Tous les livres d'obstétrique signalent ses modifications, mais aucun ouvrage ne traite complètement de ses caractères physiologiques. M. Longe a donc voulu combler une lacune de la littérature médicale, d'abord en réunissant et en analysant tous les documents relatifs à cette question, ensuite au moyen de recherches personnelles sur 50 femmes primipares ou multipares de la Clinique obstétricale de Marseille.

enfants, et il en est un sur lequel je veux attirer l'attention qu'il mérite et qu'on ne lui accorde généralement pas assez. Je veux parler des pensums et de leur influence funeste sur le développement de la myopie.

Tous les professeurs donnent des pensums à leurs élèves, et il en est bien peu, parmi ceux-ci, qui ne méritent pas une punition. Mais la punition qu'on leur inflige est-elle bien celle qui convient, remplit-elle le but qu'on se propose, et n'en atteint-elle pas un autre en même temps? C'est ce que je vais essayer de vous dire.

Le développement du cristallin, comme celui du reste du corps, s'effectue surtout depuis l'âge de 8 ans jusqu'à l'âge de 18 ou 20 ans, c'est-à-dire pendant la période des études classiques. Lesdites études nécessitent un exercice forcé de l'œil qui aboutit presque fatalement à une déformation du cristallin qui produit la myopie. Je trouve excessif déjà le programme normal des études, qui force les pauvres petits patients à lire ou à écrire huit ou dix heures par jour; à plus forte raison dois-je trouver exorbitant le surcroît de fatigue imposé à l'œil par les pensums donnés aux *jeunes élèves* et qui, à mon avis, ont au moins deux inconvénients : 1° celui d'altérer l'œil; 2° celui de faire prendre en grippe à l'enfant l'exercice forcé auquel on le condamne : tantôt les fables, quand on l'oblige à en copier qui ont 80 ou 100 vers; tantôt les exercices d'arithmétique, quand ils sont astreints à copier 200 fois : 4 fois 5 font 20, etc. Ce qui d'ailleurs ne leur apprend rien du tout; car ils ne savent pas la fable qu'ils ont ainsi copiée; et ils savent aussi bien que 4 fois 5 font 20 quand ils l'ont écrit 3 fois que lorsqu'ils l'ont griffonné 200 fois. Il y a bien encore un autre inconvénient auquel ne songent guère les

De la sorte, il a pu recueillir 4,000 sphygmogrammes et motiver ainsi ses conclusions sur un nombre considérable d'observations et formuler les conclusions suivantes :

La fréquence du pouls radial est en moyenne de 86 pulsations pendant les trois premiers mois de la grossesse; pendant les trois mois suivants, il conserve cette fréquence, mais devient moins dépressible. Dans les trois derniers, il est plus dur. Aucun de ces caractères ne suffit cependant, comme on a l'a prétendu à tort, pour diagnostiquer la grossesse ou prédire le sexe du fœtus.

Le pouls s'accélère de 5 à 6 pulsations par minute au moment de chaque douleur, dite préparante, et de 15 à 20 pendant les contractions utérines énergiques. Après l'accouchement, il augmente de fréquence pendant le frisson physiologique et prend un type dont M. Longe décrit quatre variétés. Entre la huitième et la quarante-huitième heure, il se ralentit, tombe en moyenne à 52 ou 58 et se modifie sous l'influence des moindres causes émotionnelles ou autres.

Cette impressionnabilité du pouls puerpéral méritait d'être démontrée; notre nouveau confrère a réussi à le faire. De plus, il a établi que la température varie parallèlement avec ces changements. Le thermomètre donne donc des indications plus aisées à trouver et plus certaines que celles du sphygmographe. Restait à chercher si ces caractères du pouls gravidique déterminent l'existence d'une hypertrophie gravidique et permettent de juger l'état de la tension artérielle puerpérale, il n'en est rien.

Ce mémoire inaugural a été une œuvre de patience expérimentale par le nombre considérable des tracés qu'il renferme. Il est aussi un travail d'érudition par la multiplicité des travaux que l'auteur a dû consulter. A ce double point de vue, il mérite l'attention des physiologistes et des médecins. — Ch. E.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Le microparasite de la gangrène sénile, par M. le docteur Ernest Tricomi. (In *Rivista internazionale de medicina e chirurgia*, nos 2, 3 et 4.)— Il n'existe aucun travail dans la littérature médicale qui fasse mention, dans l'étiologie de la gangrène sénile, d'un parasite spécial à cette affection. Au contraire, l'attention des chirurgiens et des

professeurs, mais qui doit cependant entrer en ligne de compte, ce sont les discussions qui ont lieu dans le ménage entre les parents, dont l'un trouve que le professeur a tort et l'autre qu'il a raison.

Je supplie messieurs les professeurs de prendre en considération mon humble requête et de trouver d'autres punitions moins défavorables au développement du cristallin.

Simplissime.

Traitement de l'ongle incarné. — Lucas-Championnière.

On lave le pied à l'eau de Panama, l'orteil et les parties voisines avec une solution d'acide phénique à 5 pour cent. On produit l'anesthésie locale à l'aide d'un mélange réfrigérant, puis on arrache l'ongle, et on excise les bourrelets. Cela fait, on lave de nouveau avec la solution phéniquée, et on applique sur l'orteil de la ouate salycilée imprégnée de vaseline, avec un cinquième d'acide borique. On saupoudre ce pansement avec de la poudre d'iodoforme, on entoure le tout d'un peu d'ouate salycilée, puis de ouate ordinaire, et enfin d'une bande bien serrée. — Ce pansement est ordinairement retiré au bout de trois semaines, époque à laquelle la cicatrisation est complète ou au moins très avancée. On peut à la rigueur le simplifier, en remplaçant la ouate salycilée par de la ouate trempée dans une solution phéniquée au 40e, et l'iodoforme, par un mélange de colophane et de charbon. L'opéré, après guérison, doit toujours porter des chaussures larges, dans lesquelles l'orteil se trouve bien matelassé. — N. G.

©BIU Santé

bactériologistes a été maintes fois éveillée par la gangrène gazeuse consécutive à des manœuvres chirurgicales.

Rosenbach a observé toutefois quatre cas d'emphysème gangréneux, et a obtenu par la culture, dans deux cas, des micrococci (streptococci) et, dans les deux autres cas, de longs bacilles, mais que toutes ses tentatives n'ont pu parvenir à cultiver.

M. le docteur Tricomi a eu la bonne fortune de pouvoir faire cesser l'incertitude qui régnait jusqu'à présent sur la cause véritable de la gangrène sénile. Il a fait les plus consciencieuses recherches et de nombreuses expériences sur des animaux inférieurs avec les produits pathologiques d'un vieillard de 80 ans traité à l'hôpital des Incurables de Naples. Cet homme était atteint de gangrène sénile typique, étendue à toute la partie inférieure de la jambe gauche, donnant issue à une sanie ichoreuse abondante dans laquelle l'auteur chercha et trouva un bacille que personne n'avait encore signalé. Il cultiva ce microparasite et le reproduisit expérimentalement, d'abord en injectant quelques gouttes de la sanie du malade à un lapin; puis, lorsque la gangrène se fut déclarée chez cet animal, on inocula à d'autres animaux les éléments du produit morbide ainsi obtenu.

Le malade étant mort peu de temps après, le docteur Tricomi en fit l'autopsie, prit quelques parties de peau gangrenée et recueillit avec de minutieuses précautions du sang du cœur, avec lequel il ensemença quelques tubes de gélatine, d'agar-agar, de sang de bœuf coagulé; enfin, il fit quelques préparations à sec « trocken-præparat » sur des porte-objets de microscope.

L'examen immédiat du sang frais permit de voir un certain nombre de bacilles; par culture, on multiplia ces éléments en maintenant les substances d'ensemencement à la température de 37° C. C'est avec le liquide renfermant ces organismes nouveaux que de nombreuses expériences furent faites. Le résultat a été ce que l'auteur en attendait : les injections sous-cutanées amenèrent une destruction progressive des tissus avec lesquels le liquide était mis en contact; il se faisait aussi une exsudation de sanie et de sérosité renfermant le bacille initial.

Pour l'auteur, cet élément nouveau aurait avec le bacille de l'anthrax la plus grande ressemblance.

Curieuse opération césarienne, par le docteur Salvatore Scoppola. (In *Gazzetta degli ospitali*, nos 30, p. 240, et 33, p. 263.) — La *Riforma medica* a signalé récemment un fait extraordinaire qui occupe encore en ce moment tous les médecins de Viterbe.

Une paysanne de 23 ans, enceinte illégitimement, s'ouvre le ventre avec un couteau de cuisine et va à la recherche de son enfant. Elle incise l'utérus et tâche d'en extraire le fœtus à terme qui y était renfermé; elle extrait d'abord un bras, qu'elle coupe, et mutile au fur et à mesure les parties qui se présentent, entre autres la tête, qu'elle sépare du tronc; le placenta est ensuite amené par la même voie. Une large bande, fortement serrée autour du ventre, sert d'unique pansement. La femme se lève ensuite, cache dans sa paillasse les débris de son enfant, vaque à quelques occupations domestiques et se rend en ville, sur une charrette, auprès d'une de ses sœurs, afin de bien lui faire voir, par sa présence, qu'elle n'est pas enceinte. Elle reste absente environ deux heures et fait, à pied, plus d'un kilomètre avant de rentrer chez elle, où, en arrivant, elle a des vomissements et une faiblesse.

Un médecin est alors appelé, M. le docteur Serpieri, qui, aidé de son confrère, M. le docteur Baliva, découvre une énorme plaie par laquelle tous les intestins étaient sortis. Avec bien de la peine, ces messieurs peuvent nettoyer tous les viscères et les réintégrer dans l'abdomen; ils y parviennent cependant, font la suture des parois et placent un gros drain dans la partie la plus déclive. La température est à 37°7, la réaction est bonne et il n'y a pas de fièvre; les lochies s'écoulent normalement par le vagin, et tout, par la suite, se passa avec la plus grande simplicité, à part la suppuration de la plaie tégumenteuse, qui a été assez tenace, mais a fini cependant par cesser.

Millot-Carpentier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Pasteur présente une note de M. E. Duclaux, *sur la rancissure du beurre.*

« Des nombres contenus dans ma dernière Note, on peut déduire la composition immédiate des beurres étudiés. Ainsi, le premier de la liste présentait la constitution suivante :

Oléine, margarine, stéarine.....	93,0	pour 100
Butyrine.....	4,4	»
Caproïne	2,5	»
Capryline et caprine.....	0,1	»

« Dans quelles proportions et comment ces matériaux divers sont-ils atteints quand un beurre rancit? M. Chevreul a, depuis longtemps, signalé la présence d'un peu d'acide butyrique libre dans le beurre le plus frais. Il y en a davantage, au su de tout le monde, dans un beurre devenu rance. D'où provient cet acide butyrique nouvellement formé ?

« On l'attribue d'ordinaire à une fermentation butyrique résultant de l'action mutuelle des ferments et des matières azotées, dont aucun lavage ne réussit à débarrasser complètement le beurre; mais, sur des beurres très vieux, dont quelques-uns avaient fait le voyage du Brésil, j'ai retrouvé la matière azotée avec ses caractères initiaux de caséine authentique. Le liquide de suintement de ces beurres ne présentait pas de microbes, à cause du sel dont il était saturé, et pourtant la proportion d'acides libres était devenue dix et vingt fois ce qu'elle était à l'origine. De 0 gr., 005 à 0 gr., 010 par kilogramme, dose sous laquelle elle est inappréciable et peut être agréable au goût et à l'odorat, elle avait passé à 1 gr. et même 1 gr., 5 par kilogramme. Or, quand elle atteint 0 gr., 02 à 0 gr., 03, elle commence déjà à être désagréable.

« La rancissure du beurre n'est donc pas une affaire de microbes : c'est un phénomène inévitable, une décomposition spontanée des glycérides du beurre, analogue à celle qu'ont mise en lumière et étudiée les travaux de M. Berthelot sur les éthers alcooliques et autres. L'eau la favorise; l'acidité du beurre l'accélère plus que l'alcalinité; le sel, le borax la retardent plus ou moins. Tous les éthers du beurre ne la subissent pas également. Le moins stable est la butyrine, puis vient la caproïne, puis les glycérides à acides fixes. On voit que cet ordre donne malheureusement le pas à la formation de l'acide le plus désagréablement odorant.

« Toutefois, ce phénomène de décomposition spontanée et inégale des divers éthers du beurre est un phénomène lent, et, s'il paraît marcher quelquefois si vite, c'est parce qu'il se complique de trois influences que j'avais éliminées dans les expériences qui précèdent, celle des microbes et celles de l'air et de la lumière.

« Ces deux dernières peuvent être étudiées ensemble, car l'action du soleil ne fait qu'exagérer l'action de l'air à la lumière diffuse. Cette action se résume en une oxydation. L'oxygène est absorbé, d'abord sans production correspondante d'acide carbonique; puis ce gaz apparaît, et sa proportion augmente avec le temps, mais sans jamais atteindre le volume d'oxygène disparu. La formule de l'oxydation est donc variable, et il se forme des produits divers, dont le plus important est l'acide formique.

« Des changements de saveur accompagnent naturellement ces transformations chimiques. Si faible que soit l'oxydation, elle s'attaque d'abord aux matières sapides et odorantes qui donnent au beurre sa délicatesse et son parfum. De là sont venues quelques-unes des pratiques usuelles, si singulières au premier abord, de la fabrication du beurre, celle de ne baratter que de la crème un peu fermentée et aigrie, d'où l'oxygène a disparu pour faire place à de l'acide carbonique; celle de ne pas trop laver le beurre, celle de le laver avec du lait plutôt qu'avec de l'eau, etc. L'emploi d'eau chargée d'acide carbonique rendrait certainement des services dans cette industrie.

« Quand l'action d'oxydation est poussée plus loin, apparaît un goût de suif de plus

©BIU Santé

en plus prononcé. Au soleil, l'action est tellement rapide qu'après moins d'une heure d'exposition, ce goût suiffeux est déjà très nettement accusé.

« A cette action de l'air et de la lumière vient d'ordinaire se superposer l'action des microbes, et surtout des végétations cryptogamiques qui feutrent quelquefois la masse de beurre de leurs mycéliums lâches et à peine visibles. Cela suffit pourtant pour accélérer la saponification qui commence encore, dans ce cas, plus activement sur la butyrine et les glycérides à acides volatils que sur les matières grasses proprement dites.

« Les matières azotées sont naturellement attaquées en mêmes temps par les mucédinées ou les microbes. Si elles étaient, à l'origine, en faible quantité, comme elles le sont dans les beurres bien préparés, la masse devient acide, répand une odeur butyrique. Cette acidité accélère à son tour la saponification, et l'action ne se modère que parce que l'acide butyrique produit atteint bientôt un niveau auquel il est désagréable ou même mortel à la plante. Il ne se forme dès lors qu'en quantités égales à celles qui sont brûlées ou disparaissent par évaporation. Le beurre attaqué reste blanc ou ne se colore que sur le parcours des tubes mycéliens. Quand, au contraire, il y a beaucoup de matière organique présente, comme dans les beurres mal lavés ou encore dans les fromages, la masse devient alcaline et la matière grasse noircit, parce qu'elle se transforme peu à peu en une résine noire intégralement soluble dans l'alcool et dans les dissolutions alcalines. C'est ce qui explique la teinte grisâtre ou noire des fromages vieux. Cette résine se forme aussi au soleil, en présence des alcalis. Elle résulte d'un effet d'oxydation et est une des formes de transition par lesquelles la matière grasse des êtres vivants retourne à l'état d'eau et d'acide carbonique. Les microbes n'ont d'autre rôle dans sa formation que de lui procurer le milieu alcalin qui lui est nécessaire. Mais les détails de cette étude ne sauraient être convenablement placés ici ; je les réserve pour une communication prochaine. »

M. Ch. Brongniart transmet à l'Académie quelques indications sur une pluie de feuilles qu'il a observée à Commentry :

« Le dimanche 25 avril, me trouvant en compagnie de M. Ch. Vélain, maître de conférences à la Sorbonne, de M. Fayol, directeur des mines de Commentry, et de plusieurs ingénieurs de ces mines, j'ai été témoin d'une pluie de feuilles.

« Le temps était superbe. Quelques nuages très élevés se dirigeaient de l'est à l'ouest. Une brise très légère à la surface du sol se dirigeait en sens contraire.

« Aussi haut que la vue permettait de distingner, on voyait scintiller des feuilles mortes. Elles tombaient lentement et sur une longueur de plusieurs kilomètres, entre Commentry et Néris. Elles avaient été sans doute entraînées par une trombe. »

COURRIER

Erratum. — Dans l'analyse-critique de la thèse de M. E. Weill, *sur les vertiges*, il faut lire, page 875, ligne 9 : « Après une sommaire discussion et sans les citer tous, M. Weill « emprunte cependant à..... », au lieu de : « cependant, sans les citer ». — Ch. E.

Concours. — Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés sera ouvert le lundi 28 juin 1886, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 1er juin 1886, et sera clos le mercredi 16 juin, à trois heures.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le lundi 21 juin 1886, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de

naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de *trente-huit ans* au jour d'ouverture du concours.

— Les concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 28 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ;

2° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

3° Pour le clinicat des maladies des enfants, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 24 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs qui n'ont pas plus de *trente-quatre ans* au jour d'ouverture du concours.

Avis commun à tous les clinicats. — Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils, qui doit s'ouvrir le lundi 31 mai 1886, est définitivement constitué ; il se compose de MM. les docteurs Cusco, président ; Cruveilhier, Horteloup, Le Fort, Peyrot, Trélat, chirurgiens ; et Ferrand, médecin des hôpitaux.

— Une médaille d'or de première classe est décernée à M. Prengrueber, médecin de colonisation à Palestro (département d'Alger) pour s'être signalé pendant l'épidémie de 1885, en visitant, au péril de ses jours, tous les douars infestés ; il a donné ses soins aux cholériques avec un dévouement admirable.

Une médaille d'argent de deuxième classe est décernée à MM. Chalençon et Labbé, internes en médecine, Malbos et Paterne, internes en pharmacie ; ont fait preuve d'un grand dévouement à l'hôpital civil de Mustapha, en prodignant leurs soins aux cholériques pendant l'épidémie de 1885.

Des mentions honorables sont accordées à Mmes Roche (en religion sœur Hélène), et Mordelet (en religion sœur Victorine) ; se sont distinguées à l'hôpital civil de Mustapha par leur zèle et leur dévouement pendant l'épidémie cholérique.

Institut Pasteur. — Nous venons de recevoir de notre confrère le docteur Degeorge, trésorier de la Société des sciences médicales de Gannat, la somme de cinquante francs, destinée à concourir aux frais d'établissement de l'Institut Pasteur.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française a distribué, sur les fonds restant de l'exercice 1885, comme subventions destinées à aider à des recherches ou à des publications scientifiques, une somme de 18,000 francs.

Le 15e Congrès de l'Association française, s'ouvrira cette année le 12 août, à Nancy, sous la présidence de M. Friedel, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; la session durera jusqu'au 20 août et comprendra, outre les séances de section, des séances générales, des conférences, des visites à des établissements scientifiques ou industriels.

Pendant la durée de la session, et dans les trois jours qui suivront la clôture, auront lieu diverses excursions, notamment à Toul et sur le canal de l'Est, dans les Vosges, à Gérardmer, Saint-Maurice, le ballon d'Alsace, etc.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

©BIU Santé

— En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du ministre de l'Instruction publique les candidats aux bourses d'études instituées près le Muséum d'histoire naturelle.

Les candidats devront se faire inscrire, du 1er au 30 juin 1886, au secrétariat du Muséum ou au secrétariat des académies dans les départements.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. Combes (Alphonse), licencié ès sciences physiques, préparateur adjoint de travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé préparateur au laboratoire de chimie organique (section des sciences physico-chimiques. — M. Griner (G.), préparateur du cours de chimie organique, est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie organique (section des sciences médico-physiques).

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Crié, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Rennes.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE MONTPELLIER. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le samedi 8 mai 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Moitessier, M. Estor, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — Un congé de trois mois, à partir du 1er mai 1886, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guignard, professeur d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Mareau, suppléant de pathologie et de clinique externes, est chargé d'un cours d'accouchements à ladite École, du 1er mai au 31 juillet 1886.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. Jourdan, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histologie.

BULLY-LES-EAUX. — Il est peu de pays qui aient conservé autant de souvenirs archéologiques de la civilisation romaine que la province lyonnaise. Tout récemment on vient de découvrir à Bully-sur-l'Arbresle, qui, comme nos lecteurs le savent, possède un grand nombre de sources d'eaux minérales, deux piscines romaines.

Les travaux déjà accomplis ont fait retrouver un grand nombre de ces médailles que les Romains avaient coutume de jeter dans les piscines pour se rendre propices les divinités des eaux. Les unes sont en bronze, les autres en or. M. A. Vachez, docteur en droit, dont la compétence en archéologie est bien connue, a étudié et déchiffré ces médailles. Leur interprétation lui a permis d'assurer que l'établissement des bains de Bully-sur-l'Abresle a été florissant jusqu'à l'invasion des Barbares, époque à laquelle ils furent abandonnés. (*Lyon médical.*)

ANCIENNETÉ DE L'ANESTHÉSIE EN CHINE. — En examinant les livres chinois à la librairie nationale de Pékin, lit-on dans le *Dental Luminary*, on y trouve la preuve formelle que les chirurgiens chinois se servent depuis de longues années des anesthésiques pendant les opérations qu'ils pratiquent sur leurs malades. La mise en pratique de l'administration des anesthésiques est due à un médecin célèbre que vivait entre la 220e et la 230e année de notre ère.

On administrait aux patients une préparation de chanvre (hachish, cannabis indica) qui, au bout de quelques moments, le rendait aussi insensible qu'un homme ivre-mort ou passé à l'état cadavérique. (*Lyon médical.*)

LE QUINIUM ROY, granulé, soluble, renferme le tannin et tous les alcaloïdes du quinquina. Il est *tonique* à la dose de 2 cuillerées à café ou fébrifuge à celle de 2 à 3 cuillerées à bouche.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Polaillon : Kyste dermoïde de la région orbitaire interne gauche. — II. Bibliothèque : Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. Valeur séméiologique des nodosités de Bouchard. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Les maladies et les mœurs médicales du Tonkin. — VII. Formulaire.

Kyste dermoïde de la région orbitaire interne gauche.

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 8 mai 1886,

Par M. Polaillon,

Chirurgien de la Pitié, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

Les kystes dermoïdes de l'extrémité externe du sourcil sont assez communs, tandis que les mêmes kystes situés à la partie interne de l'arcade orbitaire sont très rares. Les premiers ont vraisemblablement pour origine le pincement d'un repli tégumentaire lorsque le premier arc branchial vient rejoindre le crâne pour former la paroi externe de l'orbite. Les seconds ont une origine analogue et semblent formés par un pincement anormal d'un cul-de-sac cutané entre le crâne et le bourgeon frontal qui va former le nez.

La fréquence relative de ces deux variétés de kyste peut s'expliquer par l'époque différente de la soudure des parties dont je viens de parler. La soudure du bourgeon frontal se fait plus tôt que celle qui ferme l'orbite en dehors, et on sait que, plus la formation d'une partie quelconque du corps humain est précoce, moins elle est exposée à une anomalie ou à une lésion congénitale.

Quoi qu'il en soit, la rareté même des kystes de la tête, ou partie interne du sourcil, m'engage à publier le fait que j'ai observé.

Il s'agit d'une petite fille de 9 ans, nommée Anna Huyg..., qui entra dans mon service de la Pitié le 4 janvier 1885.

FEUILLETON

LES MALADIES ET LES MŒURS MÉDICALES DU TONKIN

On ne revient pas du Tonkin avec la joie dans le cœur, quand on en fait le voyage dans le livre de M. Challan de Belval (1). Par contre, on éprouve la patriotique consolation de mesurer tout l'héroïsme de nos soldats et, en connaissance de cause, on rend hommage à des vertus militaires dont la nation aura toujours le droit de s'enorgueillir.

C'est que M. Challan de Belval nous montre le Tonkin sous un jour un peu différent de celui sous lequel on nous l'avait décrit. C'est que, en sa qualité de médecin, et médecin dans le corps de santé de l'armée qui compte un si grand nombre d'esprits distingués, notre confrère juge en médecin : froidement, posément, parfois même un peu sévèrement. Cette sévérité se pardonne parce qu'elle est sincère et parce que l'auteur n'a pas oublié tout à fait les mauvais jours et que, s'il partage, comme Français, les enivrements de la victoire, il apprécie comme médecin la dîme cruelle prélevée sur nos soldats par une grande guerre et un climat inhospitalier.

C'est en observateur consciencieux que M. Challan de Belval introduit le lecteur dans la famille, les mœurs et la médecine des indigènes. La médecine a un vaste champ

(1) *Au Tonkin*, par M. le docteur Challan de Belval. 1886, Delaye ; Paris.

Ses antécédents morbides personnels sont nuls. Ses antécédents héréditaires, relativement à des tumeurs de la région orbitaire que des ascendants ou ses collatéraux auraient pu présenter, sont nuls aussi.

Sa petite tumeur a débuté spontanément à l'âge de 10 mois. Elle n'était pas plus grosse qu'une lentille, et était située à la partie interne et supérieure de l'orbite gauche, un peu au-dessous de la tête du sourcil.

Elle s'est accrue progressivement. Son volume actuel peut être comparé à celui d'une grosse noisette.

Elle occupe exactement l'angle interne de l'orbite, et empiète un peu au-dessous de la paupière supérieure.

La peau, qui la recouvre, est normale, non adhérente, et a une teinte plus rosée que le reste des téguments. La tumeur est légèrement mobile et paraît adhérer profondément à l'orbite. Elle n'est pas fluctuante, mais présente une sorte de mollesse comparable à la consistance du mastic de vitrier. La petite malade y ressent quelquefois des picotements et se plaint que son œil gauche est souvent voilé par les larmes.

Les signes que je viens de rappeler, et le siège de la tumeur, rendaient le diagnostic évident. Il s'agissait d'un *kyste dermoïde de la partie interne de l'orbite*. J'avais pensé à la possibilité d'une méningocèle; mais la tumeur ne présentait ni transparence, ni battements, et elle ne se réduisait pas sous l'influence de la pression.

La difformité et la petite gêne qui résultaient de cette tumeur firent désirer aux parents d'Anna Huyg... qu'elle en fût débarrassée.

Le 6 janvier 1885, l'enfant fut endormie par le chloroforme.

Je pratiquai une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, mesurant 2 centimètres au moins. Dissection de toute la partie saillante du kyste. La dissection est impossible dans la profondeur, en raison de l'adhérence de la paroi du kyste aux os. Le kyste est alors ouvert et donne issue à une matière sébacée analogue à du mastic très blanc. La paroi profonde du kyste est détruite avec une curette tranchante.

La plaie opératoire, qui a plus de 2 centimètres de profondeur, est soigneusement épongée et lavée avec de l'eau phéniquée. Peu d'écoulement sanguin. Une petite artériole a été coupée et n'a pas nécessité de ligature.

Réunion de la peau avec deux sutures au crin de Florence. Pansement de Lister. Légère compression avec un tampon d'ouate maintenu par une bande.

Après l'opération, quelques vomissements dus au chloroforme.

Deux jours après, premier pansement et ablation d'un fil de crin.

---

devant elle dans ce pays où l'insalubrité et l'absence de toute règle hygiénique produisent des maladies nombreuses et nous donnent la raison de la grande mortalité qu sévit sur le peuple tonkinois.

Les indigènes vivent mal: pour aliments: le riz, la patate, quelques herbages, du poisson salé et tout au plus dans les jours de fête, un morceau de porc; pour boisson, le thé; mais souvent on le remplace par l'infusion des feuilles d'un arbuste aromatique. Tel est leur régime alimentaire. Des paillottes leur servent d'abri, les rizières les occupent, et en toute saison ils passent leur vie dans l'eau, hommes et femmes, et plus encore les femmes que les hommes, se livrant aux travaux agricoles ou bien à la pêche. Cette vie « à la manière des amphibies » leur est funeste : flétri avant l'âge, le Tonkinois meurt jeune ; affaibli moralement, il ne possède aucune des qualités viriles qui sont la force des individus et des peuples. Il y a loin de cette description ethnographique aux prophéties qui nous annoncent la régénération prochaine de ce peuple et une sorte de résurrection de qualités depuis longtemps endormies !

Au point de vue géographique le Delta tonkinois n'a pas séduit M. Challan de Belval. En sa qualité d'hygiéniste il n'admire guère cette plaine de 100 kilomètres, plaine fertile et surtout bien cultivée qu'arrosent d'innombrables cours d'eau, où les digues servent de voie de communication et où le limon argileux, qui procure au sol sa fécondité, procure aussi à l'homme de redoutables maladies.

Le ciel ne lui paraît pas plus beau. Dans cette atmosphère chaude et humide, l'étranger subit l'influence dépressive du climat, s'anémie, maigrit et perd tout appétit. Il est dès

Quatre jours après l'opération, la réunion par première intention est complète. On ne mit plus qu'un petit pansement protecteur.

Le 15 janvier, la petite opérée quittait notre service complètement guérie.

BIBLIOTHÈQUE

DILATATION DE L'ESTOMAC ET FIÈVRE TYPHOIDE. VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES NODOSITÉS DE BOUCHARD, par M. le docteur Paul LE GENDRE. — Paris, G. Steinheil, 1886.

Les nodosités de Bouchard, ainsi appelées par MM. Chantemesse et Le Noir, sont constituées par un renflement des articulations phalango-phalanginiennes des doigts et ont été signalées par M. Bouchard le premier comme une des conséquences de la dilatation de l'estomac. Cette notion joue un rôle important dans le diagnostic de cet état organique morbide qui tend à occuper une place de plus en plus grande dans la pathologie actuelle. Si elles ne sont pas constantes chez tous les individus à estomac dilaté, ces nodosités sont cependant si fréquentes chez eux, qu'elles acquièrent une valeur séméiologique considérable.

M. Le Gendre s'est attaché avec raison à nous donner de ces nodosités et de leur signification symptomatique une description aussi détaillée que possible et à les différencier des autres nodosités digitales. Mais tout d'abord il convenait de nous dire en quoi consistait la dilatation de l'estomac et à partir de quelles limites elle commençait; ce qu'il a établi à l'aide de recherches sur le vivant et de constatations sur le cadavre. Il a ensuite recherché quelles étaient les causes de cet état morbide, quelles en sont les conséquences, parmi lesquelles il conviendra à l'avenir de faire rentrer une prédisposition spéciale à contracter la fièvre typhoïde, si les doctrines de M. Bouchard viennent à être confirmées.

Revenons maintenant sur quelques points de ce rapide résumé. En France, la capacité moyenne de l'estomac est de 1,200 à 1,300 centimètres cubes; dans les cas où le diagnostic de dilatation gastrique, porté du vivant des malades, a pu être vérifié à l'autopsie, l'estomac cubait de 1,300 à 3,600 centimètres cubes. Les moyens de reconnaître la capacité de l'estomac, sondage, percussion, bruit de clapotage, sont indiqués avec le plus grand soin, et la prééminence de ce dernier procédé est nettement établie.

D'où vient la dilatation de l'estomac? Indépendamment des dilatations anciennement

---

lors une victime désignée au génie mordide de cette contrée; la moindre imprudence lui devient fatale.

La fertilité agricole de ce pays est grande, non moindre est sa fécondité pathologique. Fièvres paludéennes, diarrhée, dysenterie, affections hépatiques, rhumatisme, variole, phthisie, adénites, ulcères chroniques, dermatoses variées, ophthalmie, uréthrite, chancre mou, syphilis, lèpre, etc., etc., tels sont les maux qui affligent les indigènes, les déciment et atteignent cruellement les colons et les soldats européens.

La fièvre paludéenne « est le fléau du Tonkin et partage ce privilège avec la variole qui, d'après M. Challan de Belval, prélève chaque année son tribut obituaire sur un quart au moins des enfants. Le terrain favorable à la fièvre paludéenne n'est pas tant le pays des rizières où l'eau circule, que les marécages, les premiers plateaux limitrophes de la plaine, les broussailles de la deuxième zone territoriale et les forêts, régions pour lesquelles les indigènes « ont une véritable terreur. »

L'observation clinique justifie d'ailleurs cette opinion populaire. Dans le Delta, les cas graves ont la forme algide; dans les montagnes, la forme comateuse ou délirante ataxique. C'est la *fièvre furieuse* ou *fièvre des bois* des indigènes, qui l'attribuent à l'infection des eaux par les feuilles mortes.

Les fébrifuges vulgaires sont la décoction de poudre de noyaux d'aréquiers (*bïn-lang*) en mélange avec les racines de la grande scorsonaire (*manchman*); la décoction d'une dichroa (*shuong-son*); l'infusion des feuilles d'un pulegium (*bat-ha*), et parmi d'autres remèdes la décoction sudorifique des grains de l'aralia palmata (*ugu-gia-bi*) et celle des

connues, consécutives aux sténoses pyloriques cancéreuses ou cicatricielles, la dilatation succède le plus souvent à une mauvaise hygiène alimentaire. Une distension trop considérable, trop souvent répétée, trop prolongée, quelle qu'en soit la cause, aboutit plus ou moins rapidement à un estomac *forcé*. Peut-être peut-on admettre encore que les gastriques alcooliques s'accompagnent d'une paralysie des plexus nerveux des parois de l'estomac qui devient cause de dilatation permanente de ces parois. Alors surviennent des affections secondaires, les unes locales, causées par la stagnation et la putréfaction du contenu gastrique : gastrites, simulant le cancer, quand il y a épaississement des parois, entérites, typhlite même; les autres éloignées, parmi lesquelles on signale les tuméfactions congestives périodiques du foie, l'ectopie du rein droit, les névralgies bilatérales, des manifestations cutanées, muqueuses ou organiques diverses, caractéristiques de l'infection de l'économie par les matériaux retenus dans l'estomac ; enfin la fièvre typhoïde, la tuberculose et autres affections parasitaires ou microbiennes.

Dans le traitement de cet état, une diététique spéciale et l'antisepsie gastrique tiennent la première place.

Les affections microbiennes trouvent dans les estomacs dilatés un excellent terrain de culture. Dans la tuberculose, l'agent pathogène pénètre probablement le plus souvent dans l'organisme par l'appareil respiratoire, mais la dilatation de l'estomac constitue une sorte de diathèse acquise qui place les sujets en état d'opportunité morbide pour certaines infections, la tuberculose en particulier. Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, le mauvais état habituel des voies digestives favorise l'action du contage et diminue la résistance de l'organisme contre l'action des causes typhogènes.

Etant admise la fréquence de la fièvre typhoïde chez les sujets atteints de dilatation de l'estomac, il était intéressant de rechercher si la dilatation était toujours la conséquence de la fièvre typhoïde, comme on l'avait dit jusqu'alors, ou si, comme M. Bouchard tend à l'admettre, la proposition inverse ne serait pas plus vraie; or, dans un bon nombre de cas, en se basant sur l'existence chez beaucoup de typhoïsants des nodosités phalango-phalanginiennes qui sont la signature d'une dilatation gastrique déjà ancienne, M. Le Gendre est arrivé à cette conviction que l'antériorité de la dilatation de l'estomac ou d'un état dyspeptique de date plus ou moins reculée par rapport à l'invasion de la dothiénentérie, est parfaitement réelle.

Il n'est pas surprenant, comme le dit très bien M. Le Gendre, que la dilatation de l'estomac rende ceux qui en sont affectés plus aptes à contracter les maladies dont les agents pénètrent par le tube digestif, à se laisser envahir par les parasites morbigènes

---

racines du piocris sinensis (*bach-chi*). Le quinquina et la quinine ne sont guère employés que par les missionnaires.

Cet alcaloïde a été pour nos soldats une arme de la conquête. Ici comme en Algérie et dans les autres colonies, le nom de M. Maillot, le propagateur du sulfate de quinine et le législateur français de la thérapeutique des fièvres d'accès, mérite, ce me semble, d'être rappelé.

Les affections du foie paraissent plus fréquentes chez les Européens que chez les indigènes. Leur début est insidieux, et souvent, à l'autopsie, nos confrères militaires constataient des abcès qu'aucun symptôme n'avait permis de soupçonner durant la vie. Les médecins indigènes les traitent pas des breuvages variés : la décoction des racines du santalium album (*hugsisdon*), celle des fruits de l'ériobatriza (*sin-tra*), des fleurs de colocasia margaritacea (*ha-kai-thao*), ou par une infusion des feuilles de mélisse (*tu-to*).

Les helminthes sont communs et les indigènes possèdent, contre eux, un arsenal thérapeutique plus varié qu'efficace. Plus fréquentes encore sont les *diarrhées* et la *dysenterie*, dont la plupart des soldats du corps expéditionnaire ont été atteints. Cette diarrhée ne paraît pas identique à la diarrhée de Cochinchine et les indigènes l'attribuent aux eaux. Cette opinion n'est d'ailleurs pas dépourvue de raison, car l'ingurgitation de l'eau de certains arroyos cause de rapides et de graves accidents. Les indigènes les clarifient à l'aide d'un morceau d'alun contenu dans un sachet de drap. Nos soldats, il est vrai, dans les cantonnements, en ont été réduits à filtrer l'eau dans des futailles vides garnies de sable et charbon. On conviendra que cette pratique est un peu

grands et petits, le bacille de la fièvre typhoïde comme le scolex du tænia ou les œufs des lombrics. La diminution habituelle de la teneur du suc gastrique explique peut-être pourquoi les affections microbiennes et vermineuses sont également fréquentes chez les dilatés. Car c'est l'acide chlorhydrique, microbicide puissant, qui empêche à l'état normal les parasites grands et petits de pénétrer vivants dans l'intestin.

Le rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac n'est pas encore admis par tout le monde sans conteste; mais il faut bien reconnaître que « les dénégations, qui étaient de prime abord universelles, sont devenues plus rares et moins bruyantes » la conviction dont M. Bouchard est animé finira probablement par s'imposer peu à peu, si les faits qu'il donne à l'appui sont aussi probants que ceux de la thèse de M. Le Gendre, et si le maître trouve pour les présenter au public médical des élèves aussi bien doués que notre distingué collaborateur. Grâce à la forme littéraire si remarquable qu'il donne à ses moindres travaux, M. Le Gendre sait se faire lire, et c'est beaucoup lorsqu'il s'agit de retenir l'attention sur un sujet neuf et aride. — L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Uréthrotomie interne. — Étude clinique sur le traitement de l'anévrysme artério-veineux simple ou varice anévrysmale. — Fistule vésico-utérine : Nouveau procédé de cystoplastie. — Résection d'une portion du poumon et extirpation d'un rein. — Présentation de malade et d'appareil prothétique. — Étiologie des kystes sébacés. — Plaie de tête par balle de revolver. — Élection d'un membre honoraire.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Neubauër, une observation relative à une femme qui avait huit mamelons.

— M Léon Le Fort termine sa communication sur l'uréthrotomie interne. En voici le résumé : L'honorable chirurgien a eu surtout pour but, en faisant cette communication, de faire connaître son procédé de la dilatation progressive, qu'il préfère de beaucoup à l'uréthrotomie interne au double point de vue de l'innocuité et de l'efficacité du traitement des rétrécissements de l'urèthre.

trop primitive dans un temps où il existe de nombreux systèmes de filtrage de campagne parmi lesquels l'administration militaire pouvait choisir et faire ainsi un acte de prévoyance!

Tous les astringents que les médecins indigènes prescrivent aux diarrhéiques contiennent du tannin; parmi eux, le plus célèbre, le tang-ma, est cependant bien inférieur à l'ipécacuanha. La conquête du Tonkin n'aura donc pas pour conséquence d'enrichir la matière médicale de médicaments nouveaux contre la diarrhée.

Je ne m'arrête pas au choléra épidémique : il avait été importé de Formose, et les renseignements du livre de M. Challan de Belval, sur son mode de propagation et sa malignité, confirment les informations que l'*Union médicale* publiait naguère sur cette épidémie, nonobstant les démentis officiels et l'optimisme administratif.

Les indigènes succombent à ses attaques, car il se montre souvent, au Tonkin, dans le rapport de quatre sur cinq. Enfin, la tuberculose les décime également et la fièvre typhoïde ne leur est pas inconnue.

Maladie d'importation, la syphilis se propage surtout parmi les agglomérations urbaines ou dans les localités du littoral. Pour en combattre les manifestations, les indigènes semblent connaître la valeur des préparations mercurielles. Ils font usage du sublimé, qu'ils obtiennent par la calcination en vase clos d'un mélange de mercure métallique, d'acide arsénieux, d'alun, de carbonate de fer, de camphre et de poudre de noyaux d'aréquiers. Ils l'administrent, par pincée, « deux fois par jour, à jeun, quand

Il pose d'abord en principe que nul traitement ne procure la guérison rapide et définitive des rétrécissements de l'urèthre; le chirurgien ne peut que rendre au canal sa largeur normale; c'est au malade à terminer le traitement en continuant à passer des bougies dans le canal, et cette précaution, sous peine de récidive, doit être continuée pendant des mois et quelquefois des années.

Au point de vue clinique, la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre se trouve donc dans la solution de cette question : Quel est le traitement qui peut rendre au canal de l'urèthre rétréci sa largeur normale avec le moins de dangers et de douleurs pour le malade, et dans le moins de temps possible?

L'uréthrotomie externe sur conducteur est presque injustifiable; car, lorsqu'on peut passer un cathéter, même la plus fine bougie, d'autres méthodes moins dangereuses sont applicables, qu'il y ait ou non des fistules et une large induration du canal.

L'uréthrotomie externe, sans conducteur, offre de grandes difficultés; elle est d'ailleurs très rarement indiquée, et, quand on la pratique, il faut s'attendre à une récidive plus ou moins prompte.

L'uréthrotomie interne paraît peu dangereuse; elle a pour elle de rétablir d'emblée la largeur du canal et de la rétablir, dit-on, d'une manière permanente, puisque, la sonde à demeure empêchant la plaie de se refermer, l'uréthrotomie a pour effet « d'ajouter une pièce à un vêtement trop étroit ».

Cette explication ne saurait être acceptée; on n'obtient, en effet, par cette opération, qu'un tissu cicatriciel qui se rétracte, rapproche les deux lèvres de la plaie; et quand l'uréthrotomie réussit, c'est parce que la sonde à demeure a dilaté toute la circonférence du canal et a fini, à la longue, par vaincre la tendance à la rétraction des tissus.

Les cas de mort ne sont pas rares; les deux premières opérations que M. Le Fort ait vu faire par Richard ont été suivies de mort, ce qui lui a inspiré une vive répugnance pour l'uréthrotomie interne qui, en outre des dangers immédiats qu'elle fait courir, ne met pas à l'abri des récidives.

M. Le Fort repousse également la divulsion brusque, immédiate, qui rompt le rétrécissement, comme dans les procédés de Halt et de Voillemier; c'est, suivant lui, un procédé dangereux auquel il préférerait l'uréthrotomie, s'il n'y avait pas d'autre moyen.

Le procédé imaginé par M. Le Fort est celui qu'il désigne sous le nom de *dilatation immédiate progressive*.

Ce chirurgien engage dans le rétrécissement une fine bougie analogue à la bougie conductrice de l'uréthrotome, bougie portant à son talon une petite pièce métallique

---

« la maladie paraît se porter sur les membres inférieurs; en mangeant, quand elle se « montre vers le haut du corps. »

Le traitement des nécroses et de la syphilis des os consiste dans le raclage du foyer morbide et son obturation « par une bouillie d'os de poule ou de coq récemment tué, « selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme ». Un mélange d'ouatier des pagodes « (*eriodendron anfractuosum*), avec du riz gluant et chaud », est appliqué sur la plaie et maintenu par des bandelettes de soie.

La rage ne serait pas rare dans le Delta; cependant, M. Challan de Belval n'en a observé aucun cas. La lèpre, le dystome des bronches, la dengue s'y rencontrent également. Parmi les affections chirurgicales, l'ulcère annamite présente bien les caractères que prennent la plupart des pertes de substance dans ce climat et dans cette contrée. De l'avis de notre confrère, cet ulcère n'est pas spécifique et ressemble à l'ulcère atonique diphthéroïde des pays chauds. Il cède aux applications de la solution décimale d'iodure de potassium et au pansement avec la teinture d'iode.

Après ces affections, il faut placer l'insolation et le coup de chaleur. C'est la maladie des imprudents, des nouveaux débarqués et des militaires. En voici des exemples dont M. Challan de Belleval a été le témoin : « C'était le 24 juin : ordre avait été donné à une « compagnie de turcos de rentrer d'urgence à Hanoï. Il était onze heures du matin; la « distance ne dépassait pas 6 kilomètres et le ciel était couvert; vingt hommes, au « moins, furent atteints », dont deux succombèrent.

munie d'un pas de vis. On y visse d'abord une petite plaque qui sert à la maintenir en place, et on la laisse séjourner dans le canal pendant vingt-quatre heures au moins. Sous l'influence de l'irritation que détermine sa présence, il se passe dans la muqueuse une modification organique, déjà signalée par John Hunter, qui a pour résultat d'augmenter la sécrétion du mucus uréthral, d'assouplir la muqueuse et même les tissus du rétrécissement de telle façon que la bougie, serrée au moment de son introduction, joue, après vingt-quatre heures, très librement dans le canal.

Lorsque cet effet a été produit, on dévisse la plaque et on visse au talon de la bougie un cathéter conique en maillechort dont le diamètre, à la pointe, est celui de la bougie flexible et dont le diamètre le plus large répond au n° 12 de la filière Charrière. Comme on le ferait avec l'uréthrotome, on pousse la bougie métallique dans le canal, et celle-ci pousse devant elle la bougie flexible qui pénètre et se replie dans la vessie; on fait pénétrer doucement la sonde, qui ne peut s'égarer grâce à la bougie conductrice qui la guide, et la dilatation est ainsi commencée. On retire la sonde métallique, et lorsque le talon de la bougie flexible, laquelle ne doit pas abandonner la vessie, a apparu hors du méat, on dévisse la sonde n° 1 et on la remplace par la sonde n° 2, dont le diamètre à la pointe est le même, mais qui s'augmente jusqu'à équivaloir au n° 17 de la filière. Si le rétrécissement est difficile à dilater, s'il y a une notable résistance, on ne poursuit pas plus loin et on attend au lendemain en laissant la bougie conductrice en place; mais le plus souvent on peut introduire tout de suite le n° 3, qui a dans sa partie large le diamètre du n° 22 de la filière. Cela fait, le rétrécissement n'existe plus; on introduit une sonde n° 16 ou 18 qu'on laisse à demeure pendant trois ou quatre jours, après quoi l'on passe des bougies jusqu'aux n°s 21, 23 ou 25; on apprend au malade à se sonder et dès lors le rôle du chirurgien est terminé. C'est au malade à maintenir la guérison en se passant tous les jours, puis tous les deux jours, puis toutes les semaines, pendant plusieurs mois, une bougie en gomme du n° 18. S'il néglige cette précaution, il s'expose aux récidives comme avec toutes les autres méthodes.

Depuis bientôt vingt ans que M. Le Fort emploie sa méthode de dilatation immédiate progressive, il n'a jamais vu survenir d'accidents sérieux, sauf un cas, où, la dilatation ayant été un peu trop rapide, il y a eu de la suppuration du testicule.

Quant aux accidents légers, ils se sont bornés, sur 52 cas, neuf fois à l'issue de quelques gouttes de sang par le canal de l'urèthre, neuf fois à un peu de fièvre et une fois à une péri-arthrite sans abcès. N'y en a-t-il pas davantage avec l'uréthrotomie ou la divulsion?

Autour de Lang-Kep, les mêmes accidents furent nombreux. « Pendant le combat du « 8 octobre, cent hommes, peut-être, furent atteints; dix ou douze succombèrent. »

Les blessures de guerre offraient une gravité qui sera celle des plaies, dans les guerres futures, avec les armes à tir rapide, et malgré les modernes acquisitions de la chirurgie conservatrice. C'est ainsi encore que l'antisepsie chirurgicale classique a rendu peu de services, car la mort par gangrène ou par pourriture d'hôpital était l'habituelle échéance de tout traumatisme important.

Faut-il s'étonner, après cela, que la campagne de 1884-1885 ait été l'une des plus meurtrières du siècle? Le corps expéditionnaire a perdu le quart de son effectif par la maladie, le feu ou l'évacuation des malades sur la France. L'œuvre civilisatrice de M. Bert et de ses collaborateurs consistera donc à rendre au peuple tonkinois son énergie et quelque virilité. Pour être féconde, elle devra conquérir le pays par l'hygiène et par les améliorations sanitaires de toutes sortes que commandent les maladies de ce climat. — C. L. D.

Solution contre l'eczéma. — Auspitz.

Acide salicylique dissous dans de l'alcool rectifié..	1 gramme.
Traumaticine.....	15 à 20 grammes.

Mêlez. — Cette solution est employée en badigeonnages pour combattre l'eczéma arrivé à sa dernière période. — N. G.

La douleur est évidemment moindre que dans ces deux dernières opérations. Jamais M. Le Fort n'a eu besoin d'endormir ses malades.

La durée du traitement et du séjour du malade à l'hôpital, est en moyenne, de seize jours, si l'on compte le séjour *total;* elle n'est que de six à dix jours, si au lieu de compter le séjour *total* on compte seulement le temps écoulé depuis le début du traitement jusqu'au passage de la bougie n° 18 par le malade.

Enfin la dilatation assure mieux que les autres méthodes la permanence de la guérison, à la condition que le malade continue à se sonder pendant un laps de temps, d'ailleurs variable, suivant les cas, de quelques mois à quelques années.

M. Polaillon fait une communication sur une observation intitulée : *Anévrysme artério-veineux ou varice anévrysmale du pli de l'aine; épilepsie et troubles graves consécutifs; électro-puncture; septicémie; péricardite infectieuse; mort.*

Le jeune homme (23 ans) qui fait le sujet de cette observation, parfaitement bien portant jusqu'à l'accident et sans antécédents épileptiques du côté des parents, devint subitement épileptique quelque temps après la formation de la varice anévrysmale consécutive à un traumatisme (coup de couteau dans le pli de l'aine).

Entre ces deux phénomènes morbides, anévrysme artério-veineux et épilepsie, il parait à M. Polaillon qu'il y a eu relation de cause à effet. La communication artério-veineuse, en diminuant la tension du sang artériel, a produit une dilatation ascendante de l'artère blessée, puis une dilatation de l'aorte et même du cœur qui s'est hypertrophié jusqu'à acquérir un volume énorme. Il en est résulté un trouble plus ou moins profond dans l'irrigation des centres nerveux, d'où l'apparition de vertiges persistants, de bourdonnements d'oreilles et d'attaques d'épilepsie augmentant de fréquence et d'intensité avec les progrès de la dilatation artérielle et de l'hypertrophie du cœur.

Le malade réclamait avec une grande insistance qu'on le délivrât de son mal, soit par une opération, soit par un traitement quelconque. La ligature de la crurale était devenue impossible après sept ans d'existence de la maladie, les vaisseaux cruraux formant un gros cylindre autour duquel il y avait une sorte d'empâtement indiquant l'accolement des vaisseaux par un tissu analogue au tissu cicatriciel et rendant l'isolement de l'artère impraticable.

La compression mécanique, supportée avec courage pendant quelques séances, n'ayant pas donné de résultat, il fallut recourir à la galvano-puncture. Comme l'orifice de communication était très étroit, M. Polaillon pensa qu'en plaçant des aiguilles dans l'artère au niveau de cet orifice, et en les faisant traverser par le courant d'une forte pile de Gaiffe, il parviendrait à produire dans la crurale la formation d'un caillot qui oblitérerait la communication artério-veineuse.

Après avoir pris les précautions les plus minutieuses pour prévenir la formation des embolies, en interrompant la circulation de la veine crurale, M. Polaillon fit sa première tentative d'électro-puncture; elle échoua complètement.

Une nouvelle tentative fut faite dix-huit jours après; elle amena la formation d'un caillot dans la crurale, car le soir même le *thrill* avait presque disparu et on ne percevait plus les battements de l'artère tibiale postérieure.

Malheureusement l'état du malade ne permit pas la continuation du traitement, car, le lendemain, il fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'angine et de phénomènes de congestion pulmonaire, suivis d'épanchement péricardite, auxquels il succomba au bout de dix-sept jours.

M. Polaillon croit pouvoir attribuer la mort à une septicémie due à l'absence de précautions antiseptiques qu'il avait jugées inutiles contre un traumatisme aussi minime que des piqûres d'aiguilles. En effet, le sang examiné du vivant du malade contenait une grande quantité de microbes.

En examinant la pièce anatomique, on voit que l'électropuncture avait déterminé dans l'artère un gros caillot fibrineux avec un prolongement jusque dans l'ouverture artério-veineuse. M. Polaillon pense que de nouvelles séances, si elles eussent été possibles, auraient infailliblement augmenté ce caillot au point d'oblitérer complètement l'artère et son orifice de communication avec la veine. Toutefois il ne se dissimule pas que

l'électro-puncture est un procédé dangereux, parce qu'il peut donner naissance à des embolies graves contre lesquelles on ne saurait prendre trop de précautions.

M. Verneuil est d'avis que l'anévrysme artério-veineux doit être laissé tranquille ou traité résolument par les procédés de destruction.

M. Le Fort pense que le fait de M. Polaillon confirme le précepte admis généralement, à savoir qu'il ne faut jamais toucher aux anévrysmes artério-veineux des grosses artères et des grosses veines. A son avis l'électro-puncture ne peut jamais donner de caillots durables, ils se dissolvent rapidement en introduisant dans le sang des germes septiques spontanément formés d'ailleurs dans ce liquide.

M. Polaillon répond qu'il fallait ou laisser mourir le malade qui réclamait à tout prix un soulagement à des souffrances intolérables, ou faire l'électro-puncture qui était la seule opération praticable dans ce cas.

— M. Folet (de Lille), membre correspondant, communique une observation de fistule vésico-utérine traitée et guérie par un nouveau procédé de cystoplastie.

— M. Demons (de Bordeaux), membre correspondant, communique une observation de résection d'une portion du poumon et d'extirpation d'un rein. (Sera publiée.)

— M. Le Dentu présente une malade qui, à la suite de la syphilis, a perdu le nez, une grande partie de la voûte palatine et une portion de la lèvre inférieure. C'est au point de vue de l'appareil prothétique au moyen duquel M. Goldenstein a très ingénieusement remédié à cette énorme brèche, que M. Le Dentu a cru devoir présenter la malade à la Société de chirurgie.

— M. Poncet (du Val-de-Grâce) communique une note sur l'étiologie des kystes sébacés. D'après les résultats de ses recherches, cette affection serait due à la présence et à la multiplication d'un microbe spécial.

— M. le docteur Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, présente un malade atteint de plaie de tête produite par une balle de revolver.

La Société de chirurgie procède à un scrutin sur la demande de M. Trélat qui désire échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. A la majorité de 19 voix sur 20 votants, l'honorariat est accordé à M. Trélat. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mai 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Traitement de l'hypertrichose par la galvano-puncture. — Inconvénient des badigeonnages de collodion sur le visage dans la variole. — Fièvre hystérique. — Fracture de côte spontanée. — La graisse et la nutrition. — Paralysie hystérique chez une petite fille de 4 ans.*

M. Brocq lit un travail sur le traitement de l'hypertrichose par la galvano-puncture. Il examine d'abord les diverses circonstances cliniques dans lesquelles le médecin peut-être appelé à détruire les poils trop abondants ou poussés dans des régions qui normalement doivent être glabres. L'hypertrichose peut exister au niveau de certains nævi qu'elle complique en les rendant plus disgracieux encore; l'hypertrichose peut apparaître pendant l'âge mur à la ménopause, ou chez les jeunes filles, et il est évident que, dans ces diverses circonstances, l'urgence d'une intervention thérapeutique sera plus ou moins grande. En tout cas, le procédé de l'épilation par la galvano-puncture mérite d'être étudié avec soin. M. Brocq emploie de fines aiguilles d'or ou de platine à l'aide desquelles il pratique une sorte de cathétérisme du follicule pileux, et l'habitude lui permet de savoir à quelle profondeur, suivant la région, l'aiguille doit pénétrer pour arriver au contact du bulbe. En faisant passer le courant à ce moment, on produit la destruction de celui-ci. La douleur est très variable, quelquefois nulle ou insignifiante, généralement modérée. Il ne se produit pas de cicatrices dans les régions où on a pratiqué l'épilation par ce procédé, et, bien que l'on ne soit pas assuré qu'aucun des poils

enlevés ne repoussera, cependant le plus grand nombre est définitivement détruit. Il est impossible d'enlever plus de 36 poils dans une séance de trois quarts d'heure. A une malade qu'il traite en ce moment, M. Brocq a déjà enlevé 1,300 poils.

M. Comby communique une observation qui démontre les fâcheux effets de certains traitements topiques préconisés pour préserver le visage des cicatrices de la variole. Les plus célèbres observateurs du siècle précédent avaient bien remarqué que les topiques étaient plus nuisibles qu'utiles. Van Swieten et Sydenham les repoussaient également. De nos jours, certains médecins ont eu grand tort de prôner les badigeonnages au collodion, puisque dans le cas relaté par M. Comby la mort paraît avoir été le résultat de cette pratique intempestive. M. Comby a reçu dans son service une femme de 32 ans atteinte d'une éruption variolique discrète sur le corps, mais dont le visage avait été recouvert, par un médecin de la ville. d'une épaisse couche de collodion. Cette malade, ayant été vaccinée dans son enfance, n'étant pas alcoolique, n'ayant pas de lésions viscérales, ainsi que l'autopsie l'a montré, pas d'albuminurie, était dans les meilleures conditions pour guérir. Mais, dès les premiers jours de l'éruption, elle accusait d'horribles souffrances sous le masque épais qui couvrait son visage, ne laissant à découvert que les orifices nasal et buccal. Malgré les tentatives qu'on fit, on ne put l'enlever; les quelques lambeaux de collodion qu'on détachait entraînaient l'épiderme avec eux et laissaient à nu le derme ulcéré; une suppuration sanieuse, infecte, stagnait sous la cuirasse collodionée. La malade avait perdu le sommeil par suite de la douleur, et, bien que la température ne se soit pas élevée du fait de la maladie elle-même, la malade a succombé à la manière des individus atteints de vastes brûlures, bien qu'on n'ait pas trouvé d'ulcérations duodénales comme il en existe chez les brûlés.

M. Barrié a observé à l'hospice de Bicêtre un cas de fièvre hystérique. Une jeune femme, ayant tous les signes de l'hystérie, fut atteinte d'une hémiplégie gauche avec hémianesthésie à la suite d'une violente attaque convulsive. Elle eut de l'anurie, du mutisme, une anorexie absolue ; puis un matin, sans que l'examen le plus minutieux ait permis de relever une lésion viscérale quelconque, on constata 39° de température axillaire et 98 pulsations. Le lendemain il n'y avait que 38°6: hoquets, sanglots. Pendant deux jours les attaques convulsives furent si violentes qu'on ne put prendre la température ; mais à partir de ce moment et pendant 20 jours on put s'assurrer par l'examen attentif de la température prise dans l'aisselle et dans le rectum, avec toutes les précautions pour empêcher la simulation, de l'existence d'une fièvre continue. La température vespérale était généralement supérieure de quelques dixièmes à celle du matin, elle fut quelquefois cependant moins élevée que cette dernière. Après des accès convulsifs, l'élévation thermique dépassa 40°. Jamais il n'exista de troubles des grands appareils corrélatifs d'une semblable hyperthermie. La défervescence s'est opérée brusquement, mais sans amener grandes modifications dans l'état général.

M. Renaut demande ce que sont devenues les attaques convulsives après la défervescence.

M. Barrié : Elles n'ont diminué ni de fréquence, ni d'intensité.

M. Richard lit, au nom de M. Anthony, médecin major à l'hôpital militaire de Soukhara, une observation de fracture de côte spontanée, sans traumatisme. Il s'agit d'une femme de 63 ans, obèse, atteinte de bronchite chronique et d'emphysème. A la suite d'un effort de toux, elle éprouva une sensation de craquement; la fracture portait sur la neuvième côte droite au niveau de la ligne axillaire.

M. Debove lit le résultat des recherches, qu'il poursuit de concert avec M. Flamant, sur l'influence de la graisse alimentaire sur la nutrition.

Un sujet est soumis à un régime déterminé, et quand il est arrivé à un équilibre de nutrition tel que ni son poids, ni le chiffre quotidien de l'urée excrétée ne varient plus, on ajoute à son alimentation une quantité déterminée de matières grasses (150 à 200 grammes d'huile émulsionnée avec du jaune d'œuf chaque jour). Or, il arrive que l'individu augmente de poids et que, lorsqu'on le ramène à sa première alimentation en supprimant la graisse, l'augmentation de poids lui demeure acquise et persiste, ce

qui prouve que la graisse qui lui a été attribuée en supplément de sa ration d'entretien s'est bien fixée dans son organisme.

Entre M. Paul et M. Debove s'engage une courte discussion relative à la communication antérieure de M. Paul sur les traitements de l'obésité. M. Paul admet que la diminution des liquides qui fait partie du traitement de Dancel ne suffirait pas à faire maigrir. Mais on mange moins quand on ne boit pas à sa soif ou qu'on ne boit pas au moment du repas. M. Paul signale un procédé par lequel, dans certaines maisons de commerce, on arrive à réaliser des économies sur la nourriture des employés en leur servant toujours du roastbeaf d'excellente qualité, mais jamais d'autre aliment. L'uniformité de cet aliment a pour conséquence rapide le dégoût de la nourriture.

M. Guyot a observé, chez une fillette de 4 ans, une hémiplégie hystérique droite avec aphasie et hémianesthésie consécutive à une vive émotion. En quelques heures, la paralysie disparut; elle revint le surlendemain pour disparaître de nouveau la nuit suivante. Depuis cinq mois, la santé est demeurée parfaite; de sorte que la crainte qu'on aurait pu garder d'abord, au sujet d'un début de méningite tuberculeuse, es complètement écartée. Les parents sont nerveux et arthritiques. Le jeune âge de cet enfant communique à cette observation un caractère un peu insolite. Mais trois médecins, parmi lesquels M. Jules Simon, ont porté le même diagnostic. Répondant à des questions de MM. Dumontpallier, Labbé, Desnos et Féréol, M. Guyot ajoute qu'il n'y avait pas eu de mouvements choréiques, pas de vers intestinaux. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de mai 1886.

Du 1er au 5 mai. — Pas de thèses.

Jeudi 6. — M. Florentin : Des divers modes de traitement du genu valgum. (Président, M. Le Fort). — M. Planès : La folie à Paris, observée à l'infirmerie spéciale du dépôt, à la préfecture de police. (Président, M. Brouardel).

Vendredi 7. — M. Guzman : Des fistules congénitales du cou, fistules branchiales. Etude anatomo-pathologique. (Président, M. Trélat.) — M. Drapier : Contribution à l'étude de l'influence des anesthésiques sur la nutrition. (Président, M. Vulpian).

Samedi 8. — M. Barbet : Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine. (Président, M. Richet.) — M. Grias : Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle. (Président, M. Cornil.)

Lundi 17 et mardi 18. — Pas de thèses.

Mercredi 19. — M. Béchadergue-Lagrèze : Incontinence d'urine sans fistule, consécutive à l'accouchement. (Président, M. Trélat.) — M. Hirschfeld : Contribution à l'étude des injections hypodermiques des ferrugineux. (Président, M. Hayem.)

Jeudi 20. — M. Tarral : De l'érythème scarlatiniforme et rubéoliforme dans le choléra. (Président, M. Brouardel.) — M. Julien : Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. (Président, M. Grancher.) — M. Duhamel : De la pneumonie aiguë chez les tuberculeux. (Président, M. Cornil.) — M. Archambault : Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme. (Président, M. Proust.)

Vendredi 21. — M. Feulard : Teignes et teigneux. (Président, M. Fournier.) — M. Gautier : Du pseudo-étranglement dans l'ectopie inguinale. (Président, M. Damaschino.)

Samedi 22, lundi 24, mardi 25, mercredi 26. — Pas de thèses.

Jeudi 27. — M. Beurnier : Ligaments ronds de l'utérus. (Président, M. Duplay.) — M. Curtil : Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme. (Président, M. Duplay.) — M. Oddo : Etude clinique sur la période de réaction du choléra. (Président, M. Peter. — M. Legrain : Du délire chez les dégénérés. (Président, M. Bouchard.)

Vendredi 28. — Pas de thèses.

Samedi 29. — M. Kalt : Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations de strabisme. (Président, M. Panas.) — M. Saint-Martin : De l'iridectomie dans les iritis à rechute. (Président, M. Panas.)

Lundi 31. — Pas de thèses.

COURRIER

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec plaisir que M. le docteur Kalindero (de Bucarest), ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

Institut Pasteur. — Dans sa dernière séance, la Société médicale de l'Yonne a voté une somme de cinquante francs pour l'Institut Pasteur.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 juillet 1886, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de *trente-quatre ans* au jour d'ouverture du concours.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale et de chefs de clinique ophthalmologique, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 15 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : pour le clinicat chirurgical, à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints ; pour le clinicat ophthalmologique, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de *trente-huit ans* au jour d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de chirurgien ou de médecin des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Legrain (E.) est nommé aide d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Prenant, appelé à d'autres fonctions.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST & DU LONDON BRIGHTON
SERVICES DE PARIS A LONDRES PAR ROUEN, DIEPPE ET NEWHAVEN
EN 10 HEURES
DÉPART TOUS LES JOURS (Gare Saint-Lazare)
1° SERVICE DE JOUR (pendant la saison d'été) — TRAVERSÉE EN 3 H. 3/4
Par trains de marée rapides à heures variables

Voyage simple :		Aller et Retour :	
1re classe	2e classe	1re classe	2e classe
42 fr. 50	31 fr. 25	71 fr. 25	51 fr. 25

2° SERVICE DE NUIT (PENDANT TOUTE L'ANNÉE) :
Par trains partant tous les soirs (Dimanches compris) à 8 heures 50

1re classe	2e classe	3e classe	1re classe	2e classe	3e classe
42 fr. 50	31 fr. 25	22 fr. 50	71 fr. 25	51 fr. 25	40 fr. »

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Lancereaux : Les cirrhoses. — II. Correspondance. — III. Sociétés médicales des départements : Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1er trim. 1886). — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société médico-pratique. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les cirrhoses.

La cirrhose alcoolique commune (étiologie, anatomie pathologique).

Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

Des trois groupes principaux d'hépatites prolifératives que nous avons distingués en nous basant sur la notion causale, la cirrhose alcoolique est de beaucoup la plus fréquente. Mais il y a lieu de remarquer que, loin de suivre les progrès de l'alcoolisme, cette cirrhose tend plutôt à devenir moins commune depuis que l'abus des liqueurs et des alcools de grains se substitue progressivement à l'abus du vin.

Le vin est en effet la cause la plus ordinaire, et peut-être la cause unique de la cirrhose des buveurs, dans notre pays du moins. Les preuves que nous pouvons en donner sont les suivantes :

1° La fréquence relative de la cirrhose dans certains pays vignobles, où l'alcoolisme est rare.

2° La constance presque absolue des excès de vin chez les cirrhotiques vulgaires.

Il se rencontre dans les pays vignobles des hommes qui boivent trois ou quatre litres de vin par jour et qui, à part un léger degré d'excitation, n'ont pas de signes évidents d'intoxication alcoolique; or, ce sont surtout ces hommes qui se trouvent atteints de cirrhose. C'est plutôt encore dans les pays où l'on consomme le vin blanc que dans ceux qui ne produisent que du vin rouge, que la fréquence de cette affection hépatique se remarque. Ainsi les vignerons des bords du lac de Genève, et notamment ceux des environs de Lausanne, qui récoltent un vin blanc recherché sous le nom de vin d'Yvorne, sont très sujets à l'ascite. D'un autre côté, en dehors des pays vignobles, soit dans les petites villes, soit à Paris, les individus qui se livrent de préférence aux excès de vin sont ceux parmi lesquels la cirrhose est le plus souvent constatée. Mes premières observations qui datent de vingt-cinq ans concordent à cet égard avec mes observations d'aujourd'hui.

Sur un total de 95 faits personnels de cirrhose alcoolique, relevés avec le plus grand soin, j'ai noté :

Simples excès de vin	24 fois
Excès combinés de vin et d'eau-de-vie	63 fois
Excès de vin et de bière	1 fois
Excès de vin et de cidre	1 fois
Excès d'eau-de-vie, rhum ou absinthe	6 fois

Il semble ressortir manifestement de ce relevé que le vin est la cause efficiente de la cirrhose, puisque l'abus de cette boisson est signalé 89 fois sur 95; et même je ferai remarquer que dans les six cas où des excès de liqueurs sont seuls notés, il n'est pas dit que les malades ne faisaient pas concurremment un usage immodéré du vin.

La quantité de vin ingérée dans les 24 heures variait dans cette statistique,

d'après l'aveu même des malades, de deux à six litres, elle était le plus souvent de trois litres.

La qualité du vin était également variable dans la majorité des cas : il s'agissait du vin rouge que vendent à Paris les débitants à raison de 80 centimes le litre. Mais aussi, 16 fois sur 92, les malades ont avoué qu'ils buvaient le matin à jeun, en moyenne, un demi-litre de vin blanc. Cette action du vin pris à jeun est importante à signaler. Il semble qu'alors l'absorption soit plus rapide et l'action de ce liquide sur le foie plus énergique que s'il est pris au moment des repas. D'un autre côté, si le vin produit la cirrhose, à l'exclusion des spiritueux, il devient évident que ce n'est pas seulement l'alcool qu'il faut incriminer, mais aussi et surtout les autres substances que contient le vin, les acides en particulier.

A part quelques exceptions peu nombreuses, la cirrhose des buveurs ne se rencontre ni dans le jeune âge où l'on n'a pu encore commettre les excès qui l'engendrent, ni dans un âge avancé auquel parviennent difficilement les gens qui font abus de boissons spiritueuses. Nos observations, très explicites à cet égard, donnent les résultats qui suivent :

De 20 à 30 ans	5 cas
De 30 à 40 ans	23 —
De 40 à 50 ans	37 —
De 50 à 60 ans	20 —
De 60 à 70 ans	10 —

C'est donc entre 40 et 50 ans que la cirrhose des buveurs atteint son maximum de fréquence. Cette statistique, où nous voyons la cirrhose se produire au delà de 60 ans, est intéressante à un autre point de vue ; elle est en effet la confirmation de l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir relativement à l'étiologie de la cirrhose, car les individus qui font abus des eaux-de-vie du commerce ne dépassent guère 55 à 60 ans.

L'analyse de nos observations, au point de vue du sexe, nous donne 18 femmes sur 77 hommes, c'est-à-dire un peu moins du cinquième du total de nos cas. Si la fréquence de la cirrhose est plus grande chez les hommes, c'est uniquement parce qu'ils font plus ordinairement des excès de vin. Les femmes s'intoxiquent surtout par les liqueurs et les essences, qui ne produisent pas la sclérose du foie. Il y a lieu de remarquer en outre que, si elles sont atteintes de cirrhose, c'est presque toujours de cirrhose graisseuse, tandis que la forme commune ou atrophique de cette affection est de règle chez les hommes ; plus loin, je vous dirai les raisons de cette différence.

Les professions de nos malades sont variables. Les femmes pour la plupart étaient blanchisseuses ou cuisinières ; quelques-unes se disaient couturières ; mais c'est là, comme on sait, une étiquette qui sert à cacher assez souvent un métier inavouable. Les hommes étaient des conducteurs de voitures, des marchands ambulants, des porteurs aux halles, des commissionnaires ; quelques-uns étaient tailleurs ou cordonniers.

Le lieu de naissance variait également. L'île de France tenait le premier rang, 35 malades sur 92; venait ensuite la Normandie avec 10 malades; la Lorraine, la Savoie, la Champagne, l'Auvergne et la Bourgogne, avec chacune 4; la Bretagne, l'Orléanais et la Touraine, la Picardie, l'Alsace, la Franche-Comté et le Limousin, 3; le Poitou, la Flandre, la Guyenne et la Gascogne, 2; enfin, la Belgique, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne, 1.

Cette statistique, bien que basée sur 95 cas seulement, a son importance. Elle démontre que la cirrhose des buveurs n'a pas la même distribution

géographique que l'alcoolisme proprement dit. Les pays vignobles s'y trouvent représentés, tandis qu'ils ne le sont pour ainsi dire pas sur la statistique générale des alcooliques que j'ai rapportée ailleurs. Cette constatation vient donc encore à l'appui de notre manière de voir touchant l'étiologie de la cirrhose hépatique dans notre pays. Il serait désirable que des relevés analogues fussent établis dans les pays du nord, Angleterre, Hollande, etc., où l'on boit peu de vin et où la cirrhose alcoolique est par cela même vraisemblablement plus rare que chez nous. On verrait alors quelles sont les boissons favorites de ceux qui contractent la cirrhose dans ces contrées, et en comparant leur composition chimique avec celle du vin, on arriverait peut-être à mesurer la part qui revient à l'alcool et celle qui appartient aux acides ou à d'autres substances dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe.

A l'autopsie, le foie cirrhotique en question est libre de toute adhérence; mais, quelquefois aussi, il est uni au diaphragme, principalement au niveau de son bord droit, par des tractus membraneux solides et résistants. La capsule est épaissie; elle peut être le siège de végétations vascularisées, point de départ possible d'hémorrhagies. Le foie est petit, ratatiné; son poids est descendu à 1,110 ou 1,000 grammes et même à un chiffre inférieur. L'atrophie peut aller jusqu'à la disparition du lobe gauche. L'organe est rarement lisse; le plus souvent sa surface est parsemée, dans toute son étendue, de granulations jaunâtres ou pigmentées; c'est là un caractère de la cirrhose alcoolique dans la variété commune que nous étudions en ce moment. Cette affection est, en effet, généralisée et partout égale; la surface de l'organe se trouve parsemée de granulations, tant sur le lobe droit que sur le gauche, tant sur la face supérieure que sur la face postéro-inférieure. La grosseur de ces granulations varie depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'un noyau de cerise. Dans leur intervalle, le parenchyme est rosé ou grisâtre, quelquefois brunâtre.

La consistance du foie est plus grande qu'à l'état normal. Jeté à terre, il ne s'affaisse pas. Il est dur, élastique et crie sous le couteau.

A la coupe, les granulations jaunâtres apparaissent entourées d'une gangue fibreuse translucide, qui les enserre et hors de laquelle elles tendent à faire saillie. Ces cloisons conjonctives se continuent les unes avec les autres, de la capsule de Glisson vers le centre de l'organe. Elles échancrent par place les granulations qui paraissent alors multilobées. La surface de la coupe est d'autant plus colorée que la lésion est plus ancienne; elle est ferme, résistante, le doigt n'y pénètre pas, un fragment jeté sur le pavé, rebondit.

L'examen histologique montre que la lésion se localise essentiellement sur le stroma conjonctivo-vasculaire, et que la sclérose est le résultat d'une endo-périphlébite des ramuscules portes. Au début, les éléments embryonnaires dominent, sous forme de petites cellules rondes à gros noyau, tassées au pourtour des veinules. Plus tard, le tissu conjonctif passe à l'état adulte et ressemble à un tissu de cicatrice. C'est là une évolution anatomique parfaitement comparable à celle d'une plaie qui se répare, avec ses bourgeons charnus formés d'éléments jeunes d'abord, sa cicatrice fibreuse ensuite. Ici la lésion aboutit à une sorte de tissu de cicatrice se produisant autour des ramifications de la veine porte.

Les choses ne sont pas toujours aussi simples. Parfois les bandes de sclérose péri-portale, au lieu d'enserrer simplement les lobules, les échan-

crent et vont rejoindre les anneaux coujonctifs développés au pourtour des veines centrales des îlots. M. Sabourin a dernièrement insisté sur le rôle qu'il convient d'attribuer à la sclérose péri-sus-hépatique dans la topographie de la cirrhose commune. Pour lui, dans la majorité des cas, la cirrhose est nettement bi-veineuse, et l'anneau de sclérose passant par les veines centrales de plusieurs lobules voisins délimite souvent un lobule biliaire théorique, impossible à démontrer en anatomie normale. Quoi qu'il en soit de ces détails, c'est toujours la lésion du stroma conjonctif péri-vasculaire qui est le fait initial et dominant.

L'altération des épithéliums est consécutive et accessoire. Des lobules entiers montrent leurs cellules intactes ou simplement tassées et déformées au contact de la gangue conjonctive. Sur d'autres points, et dans une proportion variable suivant les cas, les cellules sont chargées de gouttelettes graisseuses et le noyau se trouve refoulé à la périphérie. D'autres groupes de cellules glandulaires sont pourvues de granulations pigmentaires ou présentent l'état trouble de la désintégration granulo-graisseuse.

L'artère hépatique est intacte, et le développement d'un réseau vasculaire de suppléance formé aux dépens de ses capillaires est un fait qui attend encore sa démonstration. Quant aux canalicules biliaires intra-lobulaires, bien qu'accolés à des veinules portes si profondément altérées, ils ne sont pas sensiblement modifiés.

Les lésions des autres organes peuvent être rangées sous trois chefs : elles sont ou consécutives, ou concomitantes, ou résultent d'une complication.

Parmi les lésions consécutives, il faut placer en première ligne celle de la rate, qui exprime la stase sanguine due à la gêne de la circulation porte. Cet organe est fortement congestionné et tuméfié; il mesure souvent 22 ou 25 centimètres dans son grand diamètre, 18 dans l'autre. Le tissu splénique est ferme, résistant, mais habituellement sans épaississements fibreux très appréciables. La capsule de Malpighi est ordinairement épaissie, quand la tuméfaction splénique fait défaut; cependant, on a vu la rate atrophiée comme par une sorte de splénite interstitielle.

Les effets de la stase sanguine se font en même temps sentir dans les autres départements tributaires de la veine porte. La muqueuse de l'estomac est ardoisée, souvent parsemée de plaques noirâtres, ainsi que la muqueuse de l'intestin. Le pancréas est fréquemment induré.

Les nécessités de la circulation collatérale donnent lieu à des dilatations veineuses de la partie inférieure du gros intestin et de l'œsophage. Les varices œsophagiennes de la cirrhose existent; je les ai vues, mais elles ont peu d'importance, et il est bien exceptionnel qu'elles soient le point de départ d'hémorrhagies. Quant aux hémorrhoïdes, elles reconnaissent d'habitude, quand elles existent, une tout autre cause que l'affection du foie.

Tels sont les désordres qui sont sous la dépendance de la cirrhose elle-même.

Les lésions concomitantes ne sont pas moins importantes. Ce sont celles de l'alcoolisme. Il existe une surcharge adipeuse du mésentère et des épiploons. L'estomac est quelquefois altéré du fait même de l'excès des boissons, et l'on peut rencontrer des ulcérations au voisinage du cardia. Les poumons sont pigmentés, comme chez les buveurs. Le cœur est adiposé, surtout au niveau de sa face antérieure. Le myocarde est habituelle-

ment jaunâtre et friable. Enfin, si l'on examine l'encéphale, on trouve fréquemment les méninges opaques et épaissies au niveau de la convexité.

Les lésions qui viennent généralement compliquer la cirrhose sont des lésions tuberculeuses.

On s'imagine difficilement l'extrême fréquence de la tuberculose chez les cirrhotiques. Sur mes 95 cas de cirrhose alcoolique, j'ai trouvé 35 fois la tuberculose, c'est-à-dire dans plus du tiers des cas.

L'analyse de ces observations fournit des résultats intéressants. On a admis dans ces derniers temps que les alcooliques tuberculeux faisaient de préférence une cirrhose graisseuse. On a été conduit à dire que cette dernière affection résultait le plus souvent de l'action combinée de ces deux facteurs étiologiques : l'alcoolisme et la phymatose. Or, le détail de mes observations fournit les renseignements suivants :

Sur 25 cas de cirrhose graisseuse avec hypermégalie du foie, *deux fois* seulement la tuberculose est notée, et encore, il s'agit de tubercules pigmentés, anciens, du sommet des poumons. Sur 6 cas de cirrhose atrophique graisseuse, il n'y a *pas un seul* tuberculeux. En revanche, sur 64 cirrhoses vulgaires, je trouve 35 tuberculeux, c'est-à-dire plus de la moitié. La statistique prouve donc, au contraire, que la tuberculose est plus fréquente au cours de la cirrhose commune que dans la cirrhose graisseuse. Nous reviendrons sur ce point en vous parlant de cette seconde variété de l'hépatite alcoolique.

Quand les lésions tuberculeuses se rencontrent à l'autopsie des cirrhotiques, elles portent généralement sur le poumon, mais souvent aussi sur le péritoine. A ce point de vue, nos 35 observations se divisent ainsi qu'il suit : 20 fois le poumon a été trouvé seul atteint ; 11 fois, il existait concurremment des lésions tuberculeuses du poumon et du péritoine ; 4 fois, la péritonite tuberculeuse existait seule.

CORRESPONDANCE

Néris (Allier), le 29 mai 1886,

Mon cher confrère,

Vous venez de publier, dans l'*Union médicale*, la réponse de M. Surmay au rapport que j'ai eu l'honneur de lire, devant la dernière assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, sur la question de l'Ordre des médecins. Je n'ai nullement l'intention de reprendre un débat qui est clos ; mais je crois devoir vous adresser, sur la réponse de notre honorable confrère, de très courtes observations, avec l'espoir que vous voudrez bien les reproduire dans votre journal.

M. Surmay, à propos des Sociétés qui ont émis une opinion favorable, ou contraire, à l'institution d'un Ordre des médecins, élabore une statistique qu'il qualifie lui-même de *fantaisie*. Je n'ai donc pas à la discuter, et je maintiens simplement mes chiffres d'après lesquels, sur 32 Sociétés qui ont fait connaître leur avis, 12 se sont prononcées pour et 20 contre l'Ordre des médecins.

Je suis le premier à regretter, avec MM. Surmay et Mougeot, que le nombre des Sociétés qui ont mis cette question à l'étude n'ait pas été plus considérable. Mais, après le temps qui leur a été donné pour entreprendre et poursuivre cette étude ; après les documents que l'*Annuaire* de l'Association a portés à leur connaissance ; après les circulaires réitérées qui leur ont été adressées pour leur rappeler qu'elles avaient à transmettre sur ce point leur opinion au Conseil général, il est plus que douteux qu'un nouveau délai eût contribué à secouer l'indifférence ou la torpeur de celles qui se sont

abstenues; voilà pourquoi, au nom de la Commission et du Conseil général, j'ai combattu l'ajournement proposé par nos deux honorables confrères.

Il faut ajouter d'ailleurs, comme l'ont fait remarquer M. Foville et d'autres membres de l'assemblée, que bon nombre de Sociétés locales, parmi celles qui n'avaient pas fait connaître leur opinion au moment où j'ai dû rédiger mon rapport, avaient chargé leurs délégués à l'assemblée générale de l'exprimer et de la défendre; il n'est donc pas exact de dire que la question a été jugée par 32 Sociétés seulement.

Il est une erreur commise, non seulement par M. Surmay, mais encore par un grand nombre des journaux qui ont rendu compte de la dernière assemblée générale, et qu'il importe de rectifier. « A une faible majorité, environ 30 contre 26, dit en note M. Surmay, l'assemblée a voté purement et simplement les conclusions du rapport de M. de Ranse et déclaré la question close. »

Notre honorable confrère oublie qu'il y a eu deux votes : le premier sur son amendement qui, appuyé par M. Mougeot, demandait l'ajournement; le second sur les conclusions de mon rapport.

Au premier vote, un assez grand nombre de délégués, opposés à l'Ordre des médecins, n'ont pas vu un grave inconvénient à faire une concession à leurs adversaires et à leur accorder l'ajournement, qui n'en a pas moins été rejeté par 31 voix contre 26.

Au second vote, ces mêmes délégués ont adopté les conclusions de mon rapport, et le nombre des mains qui se sont levées en faveur de ces conclusions a été si considérable qu'on a jugé parfaitement inutile le dénombrement des suffrages.

Pour être exact, on doit donc dire que l'institution d'un Ordre des médecins a été repoussée par l'assemblée générale à une *forte majorité*.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr J. DE RANSE.

Sociétés médicales des départements

LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886.

Les présentations de malades et les discussions qu'elles provoquent occupent toujours une grande partie des séances de ce corps savant. Néanmoins, pendant ce trimestre, plusieurs de nos confrères girondins ont encore trouvé le moyen de se faire entendre de leurs distingués collègues.

C'était d'abord M. DELMAS qui communiquait un fait clinique de l'ordre de ceux que les médecins anglais désignent sous le nom de *prurit d'hiver*. Le malade était atteint pendant tout l'hiver de vives démangeaisons localisées à l'origine du cou, à la partie inférieure de la mâchoire, dans les espaces interdigitaux et au niveau des poignets. Pendant l'été, il éprouvait une constipation opiniâtre.

Malgré sa valeur réelle, ce fait clinique le cède en importance au travail que M. MANDILLON a intitulé : *Eclampsie puerpérale et anurie*. Notre distingué confrère bordelais termine par les conclusions suivantes : 1° l'éclampsie puerpérale est presque toujours un symptôme et la conséquence d'accidents urémiques amenés par une lésion passagère du rein ; 2° le traitement doit être celui de l'urémie, mais secondé par les anesthésiques et les hypnotiques, à cause des caractères convulsifs qu'elle revêt dans la grossesse. M. Mandillon entend débarrasser l'économie des produits excrémentitiels de l'urine par la saignée, l'usage du lait, les excitants diffusibles, la caféine, les injections d'éther et, au besoin, propose la pilocarpine. Il combat le symptôme, c'est-à-dire l'accès éclamptique par le chloroforme, le bromure de potassium ou l'hydrate de chloral.

Enfin, M. Mandillon est optimiste dans son pronostic et déclare, qu'ainsi traitée, l'éclampsie puerpérale cesse d'être une affection aussi redoutable.

Ces conclusions ont été l'origine d'un débat animé, dans lequel MM. HIRIGOYEN et TROQUART, entre autres orateurs, se sont fait entendre. Le premier, pour rappeler la théorie nouvelle de l'éclampsie de cause parasitaire ; le second pour établir les dangers

du traitement par les injections intra-veineuses de chloral. Aussi, M. Saint-Philippe s'est-il fait l'avocat autorisé de l'administration de ce médicament par la voie rectale qui, malgré ses inconvénients, est, dit-il, encore la meilleure.

M. Muselli ne partage pas cette opinion et s'efforce de prouver l'utilité des injections de chloral dans les veines. Sans redouter, ni la phlébite, ni les altérations du myocarde, notre confrère se demande pourquoi, alors qu'on en fait usage contre le tétanos et l'empoisonnement strychnique, l'hydrate de chloral ne pourrait pas « s'employer contre « l'éclampsie puerpérale, surtout lorsque cette éclampsie marche à grand fracas, résiste « à tous les traitements médicaux et met en danger imminent la vie de l'enfant et de « la mère. » — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE :

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

Sur l'invitation de M. le Président, M. Chatin prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Nocard et Mégnin (d'Alfort) pour la section de médecine vétérinaire; de MM. Diday (de Lyon) et Spilmann (de Nancy) pour le titre de correspondant national (1re division).

2° Une lettre de M. Schutzemberger en réponse à la lettre de M. Béchamp, lue dans la dernière séance.

3° Une lettre de M. Béchamp en réponse à la lettre de M. Nencki, lue dans la dernière séance.

Sur la proposition de M. le Président, et après quelques observations de M. Vulpian, l'Académie décide, à l'unanimité, que la discussion sur les ptomaïnes et les leucomaïnes est close jusqu'à ce que la commission nommée par l'Académie ait fait ses expériences et présenté son rapport.

M. le Secrétaire perpétuel ajoute que M. Béchamp va être mis en demeure de prendre jour avec les membres de la commission pour procéder aux expériences dont il s'agit.

MM. Gosselin, Leblanc, Besnier, de Villiers, Vulpian, G. Sée et Dujardin-Beaumetz font diverses présentations.

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces de la correspondance manuscrite, un travail de M. le docteur Galippe.

Note sur un champignon développé dans la salive humaine. — M. Galippe, ayant filtré de la salive à l'aide de l'appareil de Pasteur, la salive filtrée n'ayant pas été transvasée, a vu apparaître à l'extrémité inférieure de la bougie filtrante non en contact avec le liquide, un champignon constitué par des tubes de mycélium et des spores.

Sur le conseil de M. le professeur M. Cornu, M. Galippe a cultivé ce champignon dans les cellules de Van Tieghem et a pu constater que ce n'était ni un aspergillus ni un penicillium.

Ce champignon, qui n'a été ni décrit ni figuré jusqu'ici, appartient à la famille des monilia. M. Galippe propose de lui donner le nom de *monilia sputicola* (sp. n.).

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national, deuxième division.

La commission propose : en première ligne, M. Paulet; en deuxième ligne, M. Louis

Thomas (de Tours); en troisième ligne, M. Surmay (de Ham); en quatrième ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en cinquième ligne, M. Demons (de Bordeaux); en sixième ligne, M. Bitot (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 69, majorité 35, M. Paulet obtient 38 voix, M. Surmay 20, M. L. Thomas 7, M. Dezanneau 5.

M. Paulet est élu.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant étranger, deuxième division.

La commission propose : en première ligne, M. Wasseige (de Liège); en deuxième ligne, M. Bigelow (de Boston); en troisième ligne, M. Saxtorph (de Copenhague); en quatrième ligne, M. Mac Ewen (de Glascow); en quatrième ligne, M. Sayre (de New-York).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33, M. Wasseige a obtenu 32 voix, M. Bigelow 25, M. Saxtorph 5, M. Sayre 2.

Le premier tour de scrutin n'ayant pas donné de résultat, il est procédé à un deuxième tour.

Le nombre des votants étant de 49, majorité 25, M. Wasseige a obtenu 26 voix, M. Bigelow 23.

M. Wasseige est élu.

M. Giraud-Teulon donne lecture d'une *Note sur un nouveau signe ophthalmoscopique des lésions de nutrition des organes profonds de l'œil*. Ce signe consiste dans ce fait que, au lieu de présenter la teinte *rouge-brun* qui lui est ordinaire, le sang veineux conserve la coloration du sang artériel.

On l'observerait, d'après M. Giraud-Teulon, dans quatre groupes d'états morbides définis par le genre d'altérations auxquelles ils ressortiraient le plus logiquement, à savoir :

1° Les altérations de nutrition de la rétine ou de ses dépendances (troubles trophiques);

2° Les altérations de la sensibilité spéciale de l'appareil;

3° Les altérations de la *motricité* de l'organe;

4° Quant au quatrième groupe, il se rapporte aux maladies générales, antérieures ou coexistantes, pouvant être considérées comme aptes à jouer dans les phénomènes observés un rôle causal plus ou moins prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Horteloup.

Complément à la séance du 26 mai 1886.

M. le docteur Demons, agrégé à la Faculté de Bordeaux, communique une observation très intéressante sous le titre suivant : *Résection d'une portion d'un poumon et extirpation d'un rein pratiquées avec succès chez le même sujet.*

Il s'agit d'un homme de 49 ans, qui reçut un coup de couteau dans la poitrine, entre la neuvième et la dixième côte gauches, le 30 août 1885. Le poumon fit à travers la plaie une hernie du volume de la moitié du poing. Le malade urina du sang dès le premier jour, et l'on admit que le rein avait été blessé. Une péritonite se déclara, puis, peu à peu, le gonflement et la douleur se limitèrent au flanc et à la fosse iliaque gauche. La portion du poumon herniée s'étant enflammée et un phlegmon de la paroi thoracique s'étant développé autour d'elle, le chirurgien réséqua cette portion avec l'écraseur linéaire et le thermo-cautère, huit jours après l'accident. Cependant le phlegmon de la paroi ne cédant pas, et comme il s'écoulait par la plaie une grande quantité d'un pus mal lié, on pensa d'abord à l'existence d'un épanchement pleurétique purulent se vidant mal; on songea donc à pratiquer en arrière la pleurotomie. Mais on s'aperçut bientôt que le liquide qui sortait de la plaie du thorax en quantité de plus en plus

grande, avait une odeur franchement urineuse; l'analyse chimique démontra qu'il était, en effet, constitué principalement par de l'urine. L'état général s'aggravant, on décida de pratiquer la néphrectomie.

Cette opération fut faite le 26 septembre, vingt-sept jours après l'accident, au moyen d'une incision verticale dans la région lombaire. Aussitôt que l'aponévrose antérieure du carré des lombes fut ouverte, il s'écoula une grande quantité de pus (7 à 800 grammes), et le rein apparut au milieu de cette cavité purulente. Comme on avait arrêté d'avance de ne pas réséquer la douzième côte, l'extraction du rein fut assez difficile. Au moment où l'on attirait le rein au dehors, une hémorrhagie considérable se produisit. On s'en rendit maître au moyen de deux longues pinces à forcipressure saisissant le pédicule. Celui-ci fut lié en deux portions avec des fils de catgut. Un fil de soie de sûreté fut serré au-dessus. La plaie fut réunie par des points de suture, avec un très gros drain à chaque extrémité, et pansée, les premiers jours, avec l'acide phénique, puis avec le sublimé. La réunion par première intention fut obtenue, mais les deux extrémités de la plaie suppurèrent pendant près de trois mois. La suppuration ne cessa qu'après l'élimination d'un gros paquet de tissu cellulaire sphacélé. Dans un cas analogue à celui-ci, quand l'urine épanchée autour du rein a compromis la vitalité du tissu cellulaire, il serait sans doute préférable de laisser ouverte la plaie de la néphrectomie.

Le malade est complètement guéri depuis cinq mois. Seulement, quand il tousse, on voit se former sous la cicatrice solide de la paroi thoracique une tumeur grosse comme la moitié d'une mandarine. Cette tumeur est constituée par une portion du poumon qui s'engage entre les lèvres cicatrisées isolément de la plaie des muscles intercostaux. La tumeur disparaît quand la toux cesse. Elle n'est pas douloureuse et n'a pas augmenté. Le poumon joue librement dans la cavité thoracique. On n'entend aucun bruit anormal à l'auscultation. La quantité d'urine excrétée et la proportion d'urée sont devenues normales du douzième au quatorzième jour après l'opération. Il n'y a pas eu d'albuminurie et aucun trouble urémique n'a été noté. (L'observation *in extenso* sera publiée dans les Bulletins de la Société de chirurgie.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 12 Avril 1886.

M. Leblond : Traitement de la syphilis par le tannate de mercure ; — M. Collin : Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses ; — M. Lehmann : Accouchement triple.

M. Leblond lit un travail, avec observations à l'appui, sur le *traitement de la syphilis par le tannate de mercure*. Il a obtenu de très bons résultats de cet agent, dont le caractère principal est de ne pas produire de phénomènes d'intolérance du côté du tube digestif ; quelquefois seulement de la constipation.

M. Collin lit un travail sur le *traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses*, et en particulier par les eaux de Saint-Honoré. Le traitement d'*épreuve*, basé sur la propriété des eaux sulfureuses de réveiller les manifestations cutanées, n'a qu'une valeur relative ; au point de vue de la sécurité ultérieure (Diday). Quelquefois il s'est montré dangereux, et sous son influence on a vu naître des manifestations tertiaires graves, des accidents cérébraux, comme en cite M. Jullien. Les eaux de Saint-Honoré, employées seules, produisent en général une exacerbation ; jointes au traitement spécifique, elles sont utiles chez les malades affaiblis ou scrofuleux, en produisant une excitation salutaire qui met l'organisme en état de supporter le traitement hydrargyrique.

M. Lehmann a observé un *accouchement triple* chez une primipare. Les trois enfants se sont présentés par le sommet, et sont venus vivants, deux à l'aide d'applications de forceps, le troisième spontanément. Délivrance et suites de couches normales. Les enfants sont encore en bonne santé tous trois. — A. L.

Séance du 10 mai 1886.

M. Bourgeois : Présentation d'instruments. — M. Vigier : Saccharolé de quinquina. — M. Brocq : Traitement local du lupus érythémateux.

M. Bourgeois présente une lancette à vacciner, modifiée pour faire des scarifications, et un appareil pour les lavages de l'oreille.

M. F. Vigier présente un *nouveau saccharolé de quinquina*. Comme un grand nombre d'expérimentateurs, M. Vigier a remarqué que les préparations du Codex, extraits aqueux, alcoolique, etc., ne renferment qu'une faible partie des alcaloïdes. Pour obvier à cet inconvénient, M. Vigier, tenant compte des belles recherches de M. de Vrij, a inventé un procédé qui lui permet d'épuiser complètement l'écorce du quinquina et obtient ainsi un extrait renfermant les principes toniques et tous les alcaloïdes. Cet extrait est mélangé avec du sucre de façon que 5 grammes ou une cuillerée à café représentent 1 gramme d'extrait ou 5 grammes de poudre de quinquina. M. Vigier fait ressortir la supériorité de ce *saccharolé*, qui remplace avantageusement dans tous leurs usages les diverses préparations de quinquina : potions, pilules, sirops, vins.

M. Brocq présente des considérations sur le traitement local du *lupus érythémateux*, séborrhée congestive de Hebra. Cette affection est particulièrement capricieuse suivant les sujets, et même, sur un sujet unique, il est ordinaire de voir l'affection, après s'être améliorée rapidement sous l'influence d'un traitement, rester ensuite stationnaire. Aussi M. Brocq insiste sur la nécessité de varier le traitement ; dès qu'un des moyens employés cesse de donner de l'amélioration, on doit l'abandonner pour un autre, quitte à revenir au premier après quelque temps, et ces changements successifs constituent le principe de sa méthode. Il a traité et guéri six malades en employant ainsi, alternativement et dans un ordre varié, les scarifications, les emplâtres de savon noir, l'emplâtre de Vigo, le mélange de jaune d'œuf et de vinaigre, sur lequel il insiste particulièrement, l'acide salicylique et l'acide pyrogallique. Les scarifications constituent le moyen le plus efficace, mais pas plus que les autres elles n'échappent à la nécessité de l'alternance avec d'autres procédés. Le lupus tuberculeux est passible des mêmes considérations. — A. L.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma nummulaire. — E. Vidal.

Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Vaseline blanche.....	40 —

F. s. a. une pommade avec laquelle on pratique des onctions, matin et soir, au début de l'eczéma nummulaire. — Deux verres d'eau de Valz, le matin. — Lotions sur la peau avec de la décoction de guimauve et d'aunée. — Abstinence de café et de boissons alcooliques, de poisson de mer et de crustacés. — 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 métal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Paris. — Par décision de la commission scolaire, en date du 25 mai 1886, la disposition suivante relative à la limite des consignations : « Les élèves ajournés après le 8 juin 1886 à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront

plus se présenter avant les vacances » est modifiée ainsi qu'il suit : « La date du 8 juin ci-dessus désignée est reportée au 12 juin 1886 pour les candidats aux examens ayant consigné au plus tard le 18 mai 1886.

— Par suite de la mort de M. Legrand du Saulle, les mutations suivantes auront lieu, au mois d'août prochain, dans le service médical des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. M. le docteur Jules Voisin passe de l'hospice de Bicêtre, à l'hospice de la Salpêtrière ; M. le docteur Deny, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre, passe médecin titulaire dans le même établissement.

Concours de l'agrégation. (*Sections de chirurgie et accouchement*). — Le dépôt des thèses a été effectué par les candidats le vendredi 28 mai 1886, à quatre heures du soir. Immédiatement après, l'ordre de leur soutenance avec le nom des argumentateurs a été tiré au sort et fixé ainsi qu'il suit ; les séances commenceront à cinq heures du soir.

Première séance. — Lundi 31 mai. 1° M. Brun : Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques ; argumenté par MM. Picqué et Gangolphe. — 2e M. Maygrier : Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine ; argumenté par MM. Gerbaud et Rémy.

Deuxième séance. — Mardi 1er juin. 1° M. Pousson : De l'ostéoclasie ; argumenté par MM. Denucé et Augagneur. — 2° M. de Lapersonne : Des arthrites infectieuses non tuberculeuses ; argumenté par MM. Barette et Schwartz.

Troisième séance. — Mercredi 2 juin. 1° M. Forgues : Des septicémies gangréneuses, argumenté par MM. Vautrin et Truc. — 2° M. Nélaton : Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques ; argumenté par MM. Jalagnier et Brun.

Quatrième séance. — Vendredi 4 juin. 1° M. Picqué : Anomalies de développements et maladies congénitales du globe de l'œil ; argumenté par MM. Gangolphe et Pousson. — 2° M. Gerbaud : De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement argumenté par MM. Rémy et Auvard.

Cinquième séance. — Samedi 5 juin. 1° M. Denucé : Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire ; argumenté par MM. Augagneur et de Lapersonne. — 2° M. Barette : Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical ; argumenté par MM. Schwartz et Forgues.

Sixième séance. — Lundi 7 juin. 1° M. Vautrin : Traitement chirurgical des myomes utérins ; argumenté par MM. Truc et Nélaton. — 2° M. Jalaguier : De l'arthrotomie ; argumenté par MM. Brun et Picqué.

Septième séance. — Mardi 8 juin. 1° M. Gangolphe : Kystes hydatiques des os ; argumenté par MM. Pousson et Denucé. — 2° M. Rémy : De la grossesse compliquée de kystes ovariques ; argumenté par MM. Auvard et Bar.

Huitième séance. — Mercredi 8 juin. 1° M. Augagneur : Tumeurs du mésentère ; argumenté par MM. de Lapersonne et Barette. — 2° M. Schwartz : Tumeurs du larynx ; argumenté par MM. Forgues et Mautrin.

Neuvième séance. — Jeudi 10 juin. 1° M. Truc : Traitement chirurgical de la péritonite ; argumenté par MM. Nélaton et Jalaguier. — 2° M. Auvard : De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia ; argumenté par MM. Bar et Maygrier.

Dixième séance. — Vendredi 11 juin. M. Bar : Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement ; argumenté par MM. Maygrier et Gerbaud.

— La composition du jury du concours de l'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle, ouvert le mardi 1er juin 1886, a subi la modification suivante : M. le docteur Renaud, professeur d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de médecine de Lyon, membre titulaire du jury, n'ayant pas accepté, est remplacé par M. le docteur Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

— La Société des Sauveteurs de la Seine, dans sa séance annuelle du 30 mai, a décerné des médailles d'argent à MM. les docteurs Martial Moreau et Trapenard, et des médailles de bronze à MM. les docteurs Dromain et Penoyée.

Société de médecine d'Anvers. — *Concours de 1886.* — A l'occasion du cinquantième

anniversaire de son existence, la Société de médecine organise un concours portant sur les questions suivantes :

1re Question. — Exposer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches en se basant sur les résultats cliniques obtenus depuis l'introduction des pansements antiseptiques ?

2e Question. — La rage peut-elle être communiquée à l'espèce humaine ?

Dans l'affirmative quels sont ses symptômes, ses lésions, son traitement ?

3e Question. — Exposer le traitement préventif et curatif de la fausse couche ?

4e Question. — Etiologie de l'ictère.

Le prix pour chacune de ces questions consistera, selon le mérite de l'ouvrage, en une médaille d'or, de vermeil ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les Annales de la Société et cinquante exemplaires tirés à part pour l'auteur.

Les mémoires ne pourront avoir plus de *deux* feuilles (soit trente-deux pages d'impression) et devront être envoyés au secrétariat, rue Osy, 43², dans les formes académiques habituelles, avant le 1er décembre de cette année.

Le rapport sur le concours et la proclamation des lauréats se feront lors de la séance solennelle de célébration du cinquantenaire.

Le secrétaire, Dr A. DE METS.

LES EAUX DE LYON. — Dans sa séance du 24 mai, la Société de médecine de Lyon, saisie de la question par un rapport de M. Aubert, a émis après discussion, et à l'unanimité des membres présents, le vœu suivant formulé par M. Ferrand : « La Société nationale de médecine de Lyon, manifestant de nouveau son avis relativement à la préférence à accorder aux eaux de sources sur les eaux de rivière, même filtrées, émet le vœu qu'il soit donné suite à la dérivation des sources de la vallée basse de l'Ain proposée par M. Michaud, à l'exclusion de tout autre projet qui ne présenterait pas les mêmes garanties au point de vue de la pureté, de la fraîcheur et de l'abondance des eaux. » (*Lyon médical.*)

HÔPITAL BICHAT. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera la seconde série de ces leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 6 juin, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ces leçons seront consacrées : 1° aux *applications cliniques et thérapeutiques de la spectroscopie*, par M le docteur Hénocque (leçon du 6 juin) ; — 2° aux *applications thérapeutiques du massage*, par M. le docteur Berne (leçon du 20 juin) ; — 3° à la *goutte et à son traitement ;* — 4° aux *causes et au traitement de la neurasthénie* (leçon du 4 juillet).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 7 juin 1886 (avancée de huit jours à cause des fêtes de la Pentecôte), à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Discussion de la question de la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques. Conclusions de la commission présentées par M. Horteloup. — 2. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — 3. Sur un nouveau cas de pseudo-hermaphrodisme par M. Descoust. — 4. Empoisonnement par l'ergot de seigle. Rapport par M. Pouchet. — 5. Accidents toxiques dus à des pensements faits avec le sous-nitrate de bismuth. Communication par M. Dalché. — 6. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. Expériences par M. Valude.

LA FARINE MORTON est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Eloy : La maladie des buveurs de thé. — II. Revue des Journaux : Du traitement de la bronchite chronique par la grindelia robusta. — De l'action de la grindelia robusta sur le cœur et sur la circulation. — Recherches sur l'action physiologique de l'hydrastis canadensis. — III. L'Epidémie cholérique de 1886. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Variétés : La mortalité et la morbidité des médecins. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causerie.

La maladie des buveurs de thé

Par le docteur Ch. Eloy.

Sa fréquence relative. — Statistiques américaines. — Formes : théisme aigu, subaigu et chronique. — Les théiques par profession et les théiques par passion. — Prédominance des troubles nerveux ; excitation ; cérébrosthénie et hallucinations auditives des buveurs de thé. — Neurasthénie et faiblesse irritable. — Troubles de l'innervation du pneumogastrique ; palpitations théiques de M. Potain. — Cardiopathies et pseudo-angines de poitrine théiques de M. H. Huchard. — Dyspnée théique. — Perturbations gastro-intestinales. — Troubles tardifs de nutrition ; anémie ; déchéance physique ; *exhaustion of body*. — Pathogénie du théisme. — C'est une maladie de femmes ; c'est une maladie de gens sédentaires. — La double indication de son traitement.

Après le morphinisme, le caféisme, le vanillisme et les autres intoxications que produit l'abus des diverses substances alimentaires ou médicinales, voici le théisme sur lequel l'attention médicale a été attirée dans ces derniers temps, principalement en Angleterre et en Amérique, où s'observe souvent la consommation excessive du thé.

En 1879, Morton publiait un mémoire qui obtint partiellement crédit auprès de ses compatriotes. Il y étudiait les accidents professionnels des dégustateurs du thé, mais motivait ses conclusions sur l'histoire de cinq malades seulement. C'était peu.

Après lui, d'autres observateurs apportèrent leur modeste contingent de quelques faits cliniques. Ce n'était pas encore assez. Tout récemment, enfin, M. William Bullard (de Boston) entretenait ses collègues de la Société médicale du district de Suffolk des remarques qu'il avait faites sur une série

FEUILLETON

CAUSERIE

Projet de service militaire obligatoire pour les étudiants pendant trois ans.

Au nom de l'égalité, il paraît qu'on va obliger tous les jeunes gens de consacrer trois années de leur existence à s'initier aux beautés du service militaire. Mme Roland a dit, il y a près d'un siècle, qu'on avait commis bien des crimes au nom de la liberté. Est-ce qu'on serait sur le point de commettre une grosse faute au nom de l'égalité ?

Car enfin, puisqu'il paraît, d'après les personnes compétentes, qu'il faut trois ans pour faire d'un jeune homme de 20 ans un bon soldat, je ne puis me figurer toutefois qu'on mette sur le même rang le fils de mon boulanger, qui n'a jamais su faire ses quatre règles, et qui ne sera certes pas un boulanger aussi intelligent que son père, et tel de ses camarades qui a subi avec succès les examens d'admission à l'Ecole normale supérieure ou à l'Ecole polytechnique, ou qui, armé d'un ou deux diplômes de bachelier, se destine à illustrer la médecine ou le barreau ? Je m'imagine que ces jeunes gens seront rompus aux finesses du métier militaire au bout d'un an d'exercices et que le fils de mon boulanger, même après trois ans, sera un joli crétin et un mauvais soldat.

Dès lors, pourquoi faire intervenir l'égalité quand les facultés intellectuelles sont si

©BIU Santé

de buveurs de thé, présentant les symptômes communs d'un empoisonnement chronique.

Les statistiques hospitalières de Boston ont permis de faire mieux encore, car le dénombrement portait sur 163 buveurs de thé ; chez 158, il n'y avait aucun doute sur la nature ou l'origine des troubles morbides. Il existe donc des éléments suffisants pour apprécier l'importance de ces manifestations et leurs indications thérapeutiques ; en un mot, pour mettre le praticien en garde contre des erreurs d'autant plus aisées à commettre que la monographie de la maladie des buveurs de thé reste encore à faire.

I

Il est pratique, je pense, de réunir sous la commune dénomination de *maladie des buveurs de thé* cette hiérarchie de symptômes qui constituent le *théisme aigu*, *subaigu* ou *chronique* des médecins de langue anglaise, et de grouper ensemble les *théiques par profession* et les *théiques par passion*.

Chez les uns comme chez les autres, les manifestations morbides sont très variées. Néanmoins, l'observation physiologique s'accorde avec l'observation clinique pour rapporter à l'action du thé un phénomène initial : l'excitation cérébrale et la congestion vasculaire céphalique. Peu de temps après l'ingestion d'une dose suffisante, le visage s'anime et les buveurs éprouvent un sentiment de bien-être qu'ils recherchent bientôt par habitude. Sous cette influence, leur intelligence devient plus pénétrante, leur pensée plus lucide, leur aptitude mentale plus active et leur puissance musculaire plus grande.

L'accoutumance aidant et les doses s'exagérant, la durée de cette excitation s'abrège, et, malgré l'élévation croissante des quantités qu'il absorbe, le théique subit une dépression psychique et physique. Il éprouve une sorte d'affaissement de l'intelligence et en même temps un accroissement pénible de son impressionnabilité nerveuse ; il est devenu cérébro-sthénique. A la coloration du visage succède la pâleur ; à la sensation d'ardeur cutanée une

---

inégales, et pourquoi invoquer ce mot, et, en son nom, commettre une aussi grande injustice ?

Ce projet, s'il était adopté, aurait, pour les jeunes gens intelligents, qui se destinent aux carrières libérales, et, d'une manière plus générale, pour nos études, les plus funestes conséquences. Conçoit-on ce que pourra bien faire un jeune homme qui se destine aux études médicales, ou scientifiques, ou littéraires, ou juridiques, quand au sortir de ses études classiques on le prendra pour l'interner pendant trois ans dans une caserne, loin de tout moyen d'étude ? Il y avait donc là, pour l'avenir des hautes études françaises, un gros danger qui heureusement a été signalé, et, nous l'espérons du moins, alors qu'il en était temps encore.

En effet, le Conseil des Facultés, consulté à ce sujet par M. le ministre de l'Instruction publique, a pensé que, si en principe l'obligation du service militaire pour tous pendant une même période de temps était chose juste, on pourrait en dispenser dans une certaine mesure des jeunes gens qui, grâce à leur intelligence, à leur application au travail, aux connaissances antérieurement acquises, auraient pu recevoir en moins de temps une éducation militaire complète, et réduire pour ceux-là la durée des études à une année.

Les motifs invoqués par le Conseil méritent d'être reproduits dans ce journal, qui s'est toujours intéressé aux mesures prises envers les Facultés et les Ecoles supérieures de l'État.

« Le conseil général des Facultés de Paris, au moment où un projet de loi sur le

sensation de refroidissement. Les phénomènes cardiaques se manifestent; les troubles vaso-moteurs augmentent; la phase subaiguë du théisme est ouverte.

Le théique veut retrouver encore les sensations agréables du début; il les recherche, elles le fuient, et, pour les provoquer, il ingère une plus grande quantité de boisson; alors il subit les atteintes du théisme chronique, il dort peu ou mal, des hallucinations et des terreurs nocturnes interrompent son sommeil, de la céphalalgie et des tremblements nerveux le troublent dans l'état de veille, il est en *irritable weakness*; enfin, il devient dyspeptique, cardiaque et cachectique, car le théisme aboutit fatalement à une défaillance générale de l'organisme.

II

Quelle valeur clinique doit-on attribuer à chacune de ces manifestations? Les *troubles psychiques* sont tréquents; il existent dans un dixième des cas. Les uns, plus prochains, relèvent directement sans doute de l'essence odorante, sapide et peu connue à laquelle le thé doit son arôme. Les autres, plus lointains, dépendent plutôt des modifications cardio-vasculaires, de l'anémie, de l'épuisement nerveux et peut-être même des perturbations digestives. La modalité de ces troubles psychiques diffère d'un théique à l'autre; leur commun caractère est de se traduire au début sous la forme congestive et plus tard sous la forme dépressive.

Les *altérations fonctionnelles de la sensibilité et de la motilité* sont les plus nombreuses et les plus constantes. La céphalalgie partielle ou générale, l'hémicranie, les sensations subjectives de pression temporale ou frontale, la paresthésie, l'anesthésie, existent à des degrés et avec des caractères divers dans 90 cas sur 100, alternant ou se combinant entre elles.

Dans le domaine de la motilité, on a noté des tremblements. Morton signalait même de l'agitation convulsive; d'autres ont vu des paralysies transitoires. Ces désordres sont moins constants que les troubles de la sensibilité. On peut mettre en doute leur existence, ou leur attribuer une

---

recrutement va être soumis au Parlement, croit qu'il est de son devoir d'examiner les effets que le service militaire de trois ans aurait sur les hautes études, dans les Facultés et Ecoles qu'il représente.

« Il n'entend en aucune façon se faire le défenseur d'un privilège ; il estime, au contraire, que le principe d'égalité exige que tous les étudiants reçoivent l'instruction militaire, soient compris dans les contingents et prennent place sous les drapeaux en temps de guerre. Il est d'autant moins disposé à réclamer pour aucun ordre d'étudiants une exemption de service militaire, qu'il sait que les jeunes gens qui ont reçu la haute culture intellectuelle sont tout particulièrement obligés envers le pays.

« Le conseil général considère, d'autre part, que si l'Etat a institué les Facultés, s'il a fait dans les dernières années de grands sacrifices pour les doter de tous les moyens de travail, c'est afin soit de recruter des professions et des services indispensables au public, soit d'assurer le progrès de la science, qui n'est pas seulement une gloire traditionnelle de la France, mais qui est indispensable à sa prospérité, à sa sécurité.

« Examinant l'un après l'autre les divers ordres d'études dont les intérêts lui sont confiés, il constate que, pour aucun d'eux, la durée de la scolarité ne peut être inférieure à cinq années et qu'elle est supérieure pour les jeunes gens qui se présentent au concours de l'internat et des diverses agrégations, c'est-à-dire pour l'élite des étudiants.

« Le conseil a la certitude que, si trois années de service militaire s'ajoutent aux années d'études, et s'il arrive ainsi que les études ne puissent être terminées que vers

©BIU Santé

origine autre que celle du théisme. Les altération de la motilité occupent donc un rang secondaire dans la symptomatologie de cette intoxication.

Désordres de la sensibilité ou troubles de la motilité, les uns et les autres sont purement fonctionnels. Aucune lésion organique n'en rend compte et l'anatomie pathologique du théisme n'existe pas. Les uns sont d'origine congestive, et dans leur pathogénie il ne paraît pas illégitime de faire intervenir les vaso-moteurs; car, à côté du principe aromatique du thé, il faut placer la théine, substance dont on connaît les étroites analogies avec la caféine. Les autres sont plutôt des manifestations de l'état neurasthénique.

Telles sont aussi les *hallucinations de l'ouïe*, les *ringing of the ears* que M. Morton plaçait parmi les principaux caractères de la maladie des buveurs de thé. Il est loin d'en être ainsi. Chez trois théiques que j'ai eu l'occasion d'observer, les hallucinations auditives manquaient, même dans un cas où l'anémie, les troubles digestifs et l'état neurasthénique étaient nettement accusés. M. Bullard, qui ne les a jamais notées, n'hésite pas à les considérer comme les symptômes d'affections propres de l'oreille, et non pas comme des signes de l'intoxication théique.

Dans toute la symptomatologie, il faut tenir bon compte de l'*état neurasthénique* habituel des buveurs de thé. Ceux que j'ai observés étaient en sa puissance, et appartenaient au sexe féminin. Nerveux et irritables, ils craignent tout éclat de bruit ou de lumière. En éréthisme permanent, ils réagissent avec violence contre les moindres excitations : de là encore ces sensations de malaise, cette impatience, cette agitation, cette fatigue générale, ces insomnies qu'éprouvent les deux tiers des malades.

Les troubles *cardio-vasculaires* se rencontrent chez la moitié des théiques : ils sont donc fréquents. Ici, dans une famille de quatre femmes, où l'usage exclusif du thé est habituel, j'ai constaté sur trois d'entre elles les palpitations, l'arythmie, la dyspnée cardiaque; l'une succomba à une cardiopathie avec manifestations angineuses; les autres, depuis trois ans, ne présentent encore que des symptômes fonctionnels sans lésions apparentes de l'en-

---

la trentième année, il s'ensuivra une désertion des hautes écoles et, par conséquent, des professions et services auxquels elles préparent, ou bien la nécessité d'abaisser les exigences des examens au point de sacrifier les garanties les plus nécessaires de savoir et d'expérience.

« En conséquence,

« Considérant qu'il s'agit de concilier les besoins de la défense nationale avec ceux de la haute culture et d'assurer le service de l'Etat tout à la fois dans l'armée et dans les services ou professions d'intérêt public;

« Considérant que, même en dehors de tout service ou profession, les études qui préparent des savants dans tous les ordres de connaissances sont de nécessité nationale en un temps où la concurrence entre les nations exige que chaque peuple fortifie son génie propre et défende ses intérêts moraux et matériels;

« Convaincu que toute mesure qui compromettrait les hautes études mettrait immédiatement la France en état d'infériorité à l'égard d'autres où l'on a su accorder les exigences les plus rigoureuses du service militaire avec les nécessités de la culture intellectuelle;

« Le Conseil général émet le vœu :

« Que les étudiants immatriculés, lors de l'appel de leur classe, dans une des cinq Facultés ou à l'Ecole supérieure de pharmacie soient admis, après une année de service, à demander un sursis pour les deux dernières années s'ils fournissent les garanties d'instruction militaire exigées par le ministre de la guerre;

docarde ou du myocarde. Là, ce sont les médecins américains qui remarquent des palpitations dans tous les cas graves, et moins souvent, il est vrai, l'irrégularité des pulsations cardiaques. Les *palpitations théiques* sont, au reste, connues depuis longtemps; Stokes les signalait; M. Potain, dans l'une de ses belles leçons cliniques de l'année 1885, insiste sur leurs caractères, et M. Henri Huchard, dans un récent travail, montre aussi leur valeur clinique (1).

Ailleurs, les malades éprouvant des sensations douloureuses précordiales, de la gêne, voire même une angoisse qui pourrait en imposer pour des accidents d'angine de poitrine. Mais l'angine de poitrine théique est, aussi bien que la tabagique, un syndrome angineux; elle disparaît et guérit quand l'intoxication prend fin.

La nature vaso-motrice de ces phénomènes paraît d'autant plus vraisemblable qu'ils s'accompagnent de troubles dyspnéiques. Entre les cardiopathies théiques et la dyspnée du théique, il y a autre chose qu'un rapport de contiguïté. Les unes et les autres me paraissent un résultat des synergies morbides du pneumogastrique dans ses départements cardiaque, pulmonaire et gastrique.

Sous quelque forme qu'ils se produisent, ces phénomènes cardio-vasculaires et respiratoires possèdent le commun caractère d'être fonctionnels et, sans doute, d'origine réflexe. C'est donc dans les organes voisins qu'on en doit chercher la raison; c'est-à dire dans les voies digestives, ce troisième district de l'innervation du pneumogastrique.

En effet, les troubles gastro-intestinaux sont l'apanage de la majorité des buveurs de thé. J'en trouve la preuve dans les statistiques de M. Bullard. La moitié des théiques ont des *dyspepsies* avec ou sans *épigastralgies*, avec ou sans *douleur de côté*. Un cinquième d'entre eux éprouvent des *nausées*, un quart des *vomissements*, et les deux tiers ont une *anorexie* rebelle.

(1) Potain : *Semaine médicale*, 1885. — H. Huchard : *Du théisme cardiaque et de l'angine de poitrine théique* (Soc. de thérapeutique, 1886).

« Qu'ils ne soient pas cependant dispensés sans condition du service actif, et que des mesures soient prises afin que les jeunes gens à qui seront données des facilités pour leurs études, non dans leur intérêt, mais dans l'intérêt de l'Etat et du public, fassent effectivement ces études;

« Qu'à cet effet, ils présentent, à l'issue de chacune des deux années, à l'autorité militaire un certificat constatant qu'ils ont suivi régulièrement, et avec profit, l'enseignement d'une des Facultés ou Ecoles;

« Qu'un décret, délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique ou en conseil d'Etat, détermine, en ce qui concerne chacune des Facultés ou Ecoles, les conditions nécessaires pour l'obtention du certificat;

« Que les étudiants qui n'auront pas satisfait aux conditions exigées seront reversées dans l'armée active pour y parfaire leur temps de service;

« Que, pour assurer au cours du sursis conditionnel leur éducation militaire, et afin qu'ils ne perdent pas de vue leurs devoirs de soldats, les étudiants soient astreints à des exercices militaires ou à des périodes de service placées pendant les vacances universitaires. »

Il paraît que ces représentations, aussi justes que dignes, ont été accueillies froidement par le Conseil des ministres, auquel M. Goblet, ministre de l'instruction publique, l'a remis simplement, sans l'appuyer de toute l'autorité qu'il aurait eu le droit et même le devoir d'y mettre.

Il paraît encore que la politique, qui maintenant se glisse partout, s'est aussi intro-

©BIU Santé

Ces perturbations sont-elles purement fonctionnelles, ou doit-on les attribuer à un catarrhe stomacal, ou à une gastrite toxique? On a ouvert le débat sur ce point, mais on ne l'a pas clos. Il faut, jusqu'à nouvel ordre, y voir les manifestations des névropathies gastro-intestinales de nature réflexe.

Les désordres intestinaux paraissent plus rares. La *constipation* n'a pas la valeur clinique qu'on lui a donnée, et M. Bullard ne l'a notée que dans la moitié des cas de théisme invétéré.

Il en est de même des troubles urinaires. Au début, les *urines augmentent;* plus tard, elles deviennent *rares et se tarissent*. Au début, modification de la circulation et de l'innervation vaso-motrice; plus tard, *anémie, ralentissement de la nutrition* et déchéance organique.

L'appareil symptomatique du théisme est donc complexe. Il se simplifie, quand on groupe ses manifestations d'après leur fréquence et leur ordre d'apparition. L'excitation du système nerveux avec ses conséquences caractérise le théisme aigu. Elle s'accompagne de troubles digestifs et cardio-vasculaires dans le théisme subaigu. La première phase est celle des troubles céphaliques: dans la seconde, l'innervation du pneumogastrique entre en cause; c'est la phase des *synergies morbides du pneumogastrique*. Plus tard viendra l'heure des *altérations trophonévrotiques*, et le théisme chronique aura abouti à une déchéance finale de l'organisme.

III

On objectera peut-être à ce tableau sa couleur assez sombre; on taxera d'exagération ce long dénombrement des méfaits d'une boisson alimentaire si modeste et si universellement adoptée; on dira qu'il faut attribuer le théisme à l'usage de certaines variétés de thé?

Ces objections ne manqueraient pas de vraisemblance si, dans l'étiologie de cette maladie, la dose de boisson quotidiennement ingérée intervenait seule. Cette quantité a été considérable dans les cas d'intoxication professionnelle des dégustateurs de thé de Morton; elle variait dans des

---

duite dans cette affaire, et que les ministres, pour plaire au parti radical, qui a le monopole du patriotisme et qui seul comprend le principe de l'égalité, ont, au nom de ce principe, adopté le service obligatoire pour tous pendant trois ans, sans exception.

Cette manière d'agir, permettez-moi de le dire, manque peut-être un peu de logique. En effet, vous n'êtes pas sans savoir que l'on couvre nos grandes villes d'édifices superbes, dont on fera des laboratoires, des amphithéâtres, des musées, des salles d'examens, tout cela destiné à ce que l'on appelle les hautes études. Voyez à Paris, par exemple, pour ne citer que ce que nous avons sous les yeux, la nouvelle Faculté de médecine, dont l'installation est un peu lente, c'est vrai; mais qui du moins est visible en tant que construction; voyez la nouvelle Sorbonne! Voyez l'Ecole de pharmacie! Voyez!..... tout ce qu'on projette de faire pour le Collège de France, pour les lycées, etc. Et c'est justement au moment où vous faites de si beaux monuments pour que les jeunes gens puissent y étudier à leur aise, que vous voulez les arracher à ces hautes études pour trois ans! Et après? Est-ce que vous croyez qu'après trois années de caserne, alors qu'ils auront oublié les éléments des sciences puisés dans les lycées, ils reviendront se remettre sur les bancs pour réparer ce qu'ils ont perdu avant d'aborder les études supérieures? Si oui, alors c'est que vous êtes encore aussi remplis d'illusions que l'enfant qui vient d'entrer en neuvième préparatoire.

***

J'ai lu dans les journaux de ces jours derniers que notre éminent confrère M. le doc-

limites moins élevées pour les théiques des hôpitaux de Boston, et les malades que j'ai observés consommaient quotidiennement un litre environ de cette boisson.

D'autres facteurs étiologiques favorisent plus manifestement les accidents du théisme : ce sont ceux qui diminuent la résistance de l'organisme à l'intoxication. Les médecins américains ont remarqué avec raison que le théisme est la maladie d'individus jeunes, affaiblis, anémiques, soumis à des conditions hygiéniques défectueuses, et surtout une maladie de femmes.

On a vu des buveurs de thé, exempts de théisme malgré un long abus de cette boisson, présenter brusquement ces accidents après un excès de travail. C'est ainsi encore que le théisme n'est pas la maladie de ceux qui vivent au grand air, se livrent aux exercices physiques et dont les échanges et les combustions organiques sont actives.

Pour ces motifs, il n'est pas invraisemblable de regarder l'intoxication chronique par le thé comme une auto-infection par ralentissement des échanges nutritifs que gouvernent les activités nerveuses. Les symptômes de la maladie des buveurs de thé seraient ceux d'une affection par nutrition ralentie, bien plutôt qu'un empoisonnement par le principe toxique du thé.

Ces considérations pathogéniques permettent de formuler certaines conclusions sur le traitement. L'indication symptomatique, c'est de lutter contre la neurasthénie, la cérébrosthénie, les névroses du cœur et les troubles de l'estomac. La seconde indication revient à favoriser les échanges organiques, à rétablir l'équilibre nutritif et, partant, à mettre en œuvre tous les agents médicamenteux ou hygiéniques de la médication eutrophique. Au début modifier la circulation ; plus tard restaurer la nutrition, tel est simplement, et en résumé, le traitement de la maladie des buveurs de thé.

---

teur Desprès, membre du Conseil municipal, avait défendu devant cette assemblée une cause qui se rapproche beaucoup de celle dont j'ai parlé dans ma dernière « Causerie », le surmenage dans les écoles. Je ne fais que signaler ce sujet aujourd'hui, n'ayant plus assez de place pour en parler aussi longuement qu'il le mérite. Ce sera pour la prochaine fois.

Pour aujourd'hui, je veux terminer par un nouveau méfait des microbes. Ce sont des microbes si l'on veut ; en réalité, on peut les considérer comme des macrobes, relativement aux bactéries et aux bacilles ; et comme des microbes, si on les compare à l'éléphant, à l'homme, ou à la locomotive qu'ils ont arrêtée. Il s'agit d'une nuée de sauterelles, qui a tout simplement barré le chemin, ces jours derniers, à un train de chemin de fer, en Algérie ; elles formaient sur la voie une couche de 20 centimètres d'épaisseur, et si longue que le train n'a pu continuer sa route.

Je disais autrefois qu'un beau jour les microbes seraient si répandus et deviendraient si audacieux, que si on ne pouvait plus introduire sa clé dans sa serrure, on pourrait à coup sûr les accuser d'en avoir bouché le trou ; on m'a accusé d'exagération ; que dire aujourd'hui de ces criquets qui se permettent d'arrêter un train de chemin de fer.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la bronchite chronique par la grindelia robusta, par GRINEWIDZKY. — Ce n'est pas seulement contre la bronchite chronique rebelle que l'auteur recommande l'extrait fluide de ce végétal. Il en a aussi observé les bons effets pour calmer les accès d'asthme en diminuant la toux et en facilitant l'expectoration. Par contre, ce médicament paraît sans efficacité sur les troubles respiratoires des autres affections pulmonaires et contre la dyspnée cardiaque ou la dyspnée nerveuse. Remarquons que les propriétés antiasthmatiques de la grindelia ont été déjà préconisées dans les pays de langue anglaise par W. Murrell et par Rochester. (*Russkaia meditz*, 1886, n° 1, p. 11.)

C. L. D.

De l'action de la grindelia robusta sur le cœur et sur la circulation, par M. DOBROKLOUSKY. — Cet observateur expérimentait sur des grenouilles avec l'extrait fluide de grindelia robusta. Par de faibles doses de 1 à 2 dixièmes de centimètre cube, les pulsations cardiaques s'accélèrent et la tension artérielle augmente. Une dose plus élevée de 4 à 6 dixièmes de centimètre cube les diminue et arrête le cœur en diastole; enfin, les doses toxiques supérieures à 6 dixièmes de centimètre cube provoquent rapidement les mêmes troubles circulatoires.

Quand on pratique une injection d'atropine, ou la section préalable de la moelle, du nerf vague ou du sympathique, ces phénomènes ne sont pas modifiés. Mais si on pratique ces opérations après l'administration de la grindelia, le nombre des battements du cœur tombe de sept à dix par minute.

Ce n'est pas tout; les doses faibles diminuent le calibre des vaisseaux, les doses moyennes le diminuent pour l'augmenter ensuite, tandis que les doses élevées produisent leur dilatation. Sous leur influence, l'excitabilité nerveuse et motrice diminue. (*Genedelnaria klinitcheschaia Gazeta*, 1884, n° 34.) — C. L. D.

Recherches sur l'action physiologique de l'hydrastis canadensis, par FELLNER. — On sait que M. Schatz a obtenu récemment de bons effets par l'emploi de ce médicament contre la métrite chronique et dans le traitement des fibromes utérins. Dans le but de chercher expérimentalement la raison de ces succès, M. Fellner a injecté aux animaux une solution d'extrait aqueux d'hydrastis.

Sous cette influence, il observait des variations de la pression sanguine, en rapport avec l'état de contraction ou de dilatation des vaisseaux. De plus, il notait des contractions de l'utérus en rapport direct avec ces changements de pression vasculaire et des alternatives de turgescence et d'ischémie des vaisseaux propres de cet organe. La solution de phosphate de berbérine à 1 pour 100 et la solution de chlorhydrate d'hydrastine à 10 pour 100 donnaient lieu à des phénomènes analogues. (*Jahrbuch der Gesselschaft d. Aerzte in Wien.*, 1885.) — C. L. D.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Depuis le 18 mai jusqu'au 2 juin, c'est-à-dire dans une période de treize jours, la mortalité et la morbidité cholériques sont représentées en Italie par les chiffres suivants : Venise, 221 cas et 110 décès ; Bari, 59 cas et 23 décès ; Ostuni, 3 cas, 4 décès ; Brindisi, 5 cas, 2 décès et Oria, 9 cas, 5 décès.

La morbidité à Venise a augmenté depuis le 24 mai, s'élevant quotidiennement de 6 et 8 cas à 19, 22, 32, 35 et 29, avec une progression correspondante du chiffre obituaire. Au contraire, à Bari, le nombre des cas et leur mortalité étaient en diminution pendant cette même période.

Les cas signalés à Brindisi se rapportent aux journées du 31 mai au 2 juin, car les informations officielles de la dernière semaine de mai ne faisaient mention ni des cas suspects, ni de décès cholériques dans cette localité. Il en est de même à Oria, où les cas signalés se rapportent à ces mêmes journées.

L'épidémie semble donc s'aggraver à Venise et reparaître à Brindisi et à Oria. De plus elle tend à prendre de l'extension vers la frontière autrichienne qu'elle menace.

— Voici encore un écho heureusement assez lointain de l'épidémie espagnole de l'année dernière. D'après la *Gazeta*, le choléra espagnol de 1885 a fait 119,493 victimes sur les 335,986 personnes qui éprouvèrent ses atteintes. Les cas les plus nombreux — et les statistiques rétrospectives confirment les renseignements quotidiens — ont été enregistrés dans les provinces de Valence (45,515 cas), de Saragosse (34,943) et de Grenade (24,736 cas). Par contre, la province et la ville de Madrid furent relativement épargnées. Ces chiffres témoignent encore une fois de l'impuissance des cordons sanitaires intérieurs et de l'excellence prophylactique de la surveillance sanitaire comme celle dont la capitale de l'Espagne était alors partiellement l'objet. — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le professeur Jaccoud donne lecture de la note suivante *Sur l'infection purulente suite de pneumonie :*

« La note que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a pour but d'établir un fait nouveau, à savoir le developpement de l'infection purulente à la suite de la pneumonie aiguë vulgaire, non traumatique.

« En pareille occurrence, l'évolution est la suivante :

« Un individu est pris en parfaite santé d'une pneumonie aiguë ; la maladie présente les caractères et la marche de la pneumonie franche, rien ne fait prévoir les incidents redoutables dont elle sera le point de départ ; dans les délais ordinaires, la phase aiguë arrive à son terme, la fièvre prend fin. Mais la défervescence fébrile n'est pas suivie d'une réparation locale complète, un reliquat plus ou moins étendu du foyer pneumonique persiste sans changement. Après une période stationnaire indécise, la situation du malade s'aggrave, et il succombe après avoir présenté les signes non douteux d'un état d'infection, ou bien il meurt subitement sans aggravation préalable. A l'autopsie, on constate des points de suppuration dans le reliquat pneumonique, et des foyers purulents diffus, soit dans les membres, soit dans les viscères.

« L'individu ayant été pris de sa pneumonie en parfaite santé, le reliquat pneumonique ayant été pendant nombre de jours la seule lésion présente, il est certain, de par la simple chronologie des accidents, que la suppuration du poumon est le point de départ des foyers purulents à distance, et de l'infection générale de l'organisme. Mais d'ailleurs, si l'on applique à l'étude de ces divers foyers les notions et les méthodes issues des découvertes de M. Pasteur, on peut saisir et mettre en évidence les agents intermédiaires entre la lésion primitive et les lésions secondaires ; car les mêmes microorganismes que l'on découvre dans les points suppurés du poumon, on les décèle dans le sang et dans tous les foyers à distance sans exception.

« Cette évolution pathologique, je l'ai constatée dans deux cas :

« 1. Un homme de 50 ans est pris de pneumonie droite le 4 février dernier ; au douzième jour, le 16, la fièvre tombe, la résolution commence ; mais, deux jours plus tard, elle s'arrête, et dès lors ne fait plus aucun progrès. Le 27 février, après onze jours d'apyrexie, la fièvre se rallume, l'état du malade s'aggrave, et prend graduellement les caractères d'un état infectieux. Le 11 mars au matin, la température axillaire étant de 40°,4, un épanchement abondant remplit l'articulation du genou droit ; cet épanchement n'existait pas la veille. En raison des conditions du malade, j'attribue cet incident à une infection purulente secondaire, et j'affirme que l'épanchement est formé par du pus ; une ponction capillaire pratiquée quelques heures avant la mort le démontre, et l'individu succombe dans la nuit du 11 au 12 mars ; c'est le trente-sixième jour à dater du frisson initial de sa pneumonie.

« L'autopsie confirme le diagnostic ainsi qu'il suit ;

©BIU Santé

« Le poumon droit en hépatisation grise totale présente sur plusieurs points de petits abcès, dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une petite noisette. Dans le cœur gauche, végétations sanieuses sur le pilier antérieur de la valvule mitrale. Dans le cœur droit, deux végétations filamenteuses sont enroulées autour de deux cordages tendineux de la valvule tricuspide. Dans les reins, la substance médullaire présente de nombreux abcès miliaires. Voilà pour les viscères.

« Le genou droit renferme une quantité considérable de pus phlegmoneux ; une collection semblable remplit l'épaule droite. Enfin, et sans communication avec la jointure, une fusée purulente descend dans la gaine du brachial antérieur jusqu'au voisinage de l'articulation du coude.

« L'infection purulente secondaire, consécutive à la suppuration pneumonique, est ainsi nettement démontrée.

« Pour les recherches relatives aux microbes, j'ai eu le concours aussi compétent que dévoué de mon chef de clinique, le docteur Netter, que je suis heureux de remercier ici.

« Dans les points suppurés du poumon, les deux formes fondamentales des microbes pyogènes, le *Streptococcus* et le *Staphylococcus pyogenes*, existent en abondance. Mais il y a aussi d'autres organismes elliptiques, lancéolés, encapsulés, c'est-à-dire les pneumonocoques de Friendlænder. Le poumon présente donc réunis, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, le microbe de la pneumonie et les microbes de la suppuration.

« Les mêmes microbes pyogènes ont été constatés en grande quantité dans le pus des jointures, dans la fusée purulente du brachial antérieur, dans les abcès des reins et dans les vaisseaux sanguins qui entourent ces abcès, dans les végétations du cœur, c'est-à-dire dans tous les foyers extra-pulmonaires sans exception.

« Les préparations provenant de la lésion mitrale montrent de magnifiques chapelets ayant quinze, vingt grains, et plus ; ces chapelets sont droits ou flexueux. Il y a aussi une foule de chapelets plus petits, et puis des grains simples et isolés.

« Le sang du malade, examiné douze heures avant la mort, contenait des microcoques en petits grains mobiles, et la proportion des globules blancs était considérablement augmentée : elle était au moins d'un globule blanc pour dix rouges.

« Le 11 mars, une souris blanche et un cobaye ont été inoculés avec une goutte du pus retiré du genou quelques heures avant la mort du malade. Ces animaux ont succombé, la souris au bout de vingt et une heures, le cobaye au bout de vingt-deux jours, avec des suppurations multiples et la rate augmentée de volume; chez tous deux on a trouvé dans le sang, dans la rate et dans les abcès des organismes semblables à ceux du pus d'inoculation.

« Les microbes du pus du malade ont donc été spécifiquement pathogènes pour ces deux animaux; ils ont provoqué chez eux des suppurations de même nature.

« 2. Mon second cas concerne un homme de 70 ans, qui, malgré son âge, a fait une pneumonie franche et normale; la défervescence fébrile a eu lieu le onzième jour, et la résolution locale a fait d'abord de rapides progrès, puis elle s'est arrêtée, et jusqu'à la fin nous avons constaté les signes d'une induration dans la partie supérieure du poumon droit. La persistance de ce reliquat pneumonique n'empêche pas cependant l'établissement de la convalescence; une semaine après la chute de la fièvre, cet homme était déjà dans un état satisfaisant, lorsqu'il présente simultanément un abcès superficiel à chaque cuisse; quelques jours plus tard, un abcès volumineux et profond paraît dans la région fessière gauche; il est ouvert et guérit. A la suite de ces incidents, qui se passent dans les derniers jours du mois de décembre 1885, le malade se remet, si bien qu'il parle de quitter prochainement l'hôpital; le 15 janvier, il meurt subitement : c'était le cinquantième jour à compter du frisson initial de sa pneumonie.

« L'autopsie permet les constatations suivantes :

« Dans le lobe supérieur du poumon droit, hépatisation grise, nombreux îlots purulents. Dans le poumon gauche, plusieurs petites collections de pus liquide sous la plèvre; ces collections ont le volume d'un pois.

« Dans le tissu du cœur, trois abcès, dont le plus grand a la dimension d'une pièce d'un franc. L'endocarde est sain.

« Dans les deux reins, nombreux abcès miliaires.

« *Streptocoques* et *Staphylocoques* en grande abondance dans les îlots purulents des poumons, dans les abcès du cœur, dans les abcès des reins. Il n'a pas été possible de déceler d'une manière positive le microbe pneumonique dans les foyers d'hépatisation grise, ce qui tient sans doute à la date plus ancienne de la pneumonie.

« La culture du pus du poumon a développé des colonies jaune-soufre qui ont conservé la même apparence dans les cultures successives, et qui étaient constituées par des grains arrondis semblables à ceux qui existaient dans le pus.

« Un rat inoculé dans la plèvre avec le produit d'une de ces cultures a été tué très rapidement, et l'on a retrouvé dans la plèvre et dans le sang des organismes identiques en grande quantité.

« Semblable au premier, quant au fond, ce second cas en diffère par l'absence de suppurations articulaires et de lésions de l'endocarde, par la présence d'abcès sous-cutanés et d'abcès du cœur, et par la modalité clinique de l'infection qui a été torpide et vraiment latente au point de vue de l'état général du malade; nettement aiguë chez le premier, la pyohémie, abstraction faite des trois abcès sous-cutanés, est restée silencieuse chez le second, jusqu'au jour où la suppuration du myocarde a causé la mort par paralysie du cœur. Dans les deux cas, l'hépatisation grise a été associée à des foyers pulmonaires purulents à contenu liquide.

« Tels sont les deux faits qui démontrent le développement de l'infection purulente à la suite d'une pneumonie non traumatique, primitive et franchement normale à son début. La filiation pathogénique est décelée avec une entière évidence : la pneumonie, arrêtée dans sa résolution, aboutit à la formation de pus dans le poumon; de ce foyer initial, les agents pyogènes pénètrent dans le sang et déterminent, sur divers points, des suppurations de même nature. C'est un type achevé de *pyohémie par migrations microbiennes*.

« Il y a dans la littérature médicale quelques exemples de suppurations articulaires au cours ou à la suite de la pneumonie; mais ces faits, qui diffèrent notablement des miens, ont reçu des observateurs une tout autre interprétation, et, par suite, ils ne peuvent entamer en rien, ce me semble, la priorité que je crois devoir assigner à ma démonstration. »

VARIÉTÉS

LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DES MÉDECINS.

Dans ces derniers temps, les journaux de médecine anglais ont fait connaître les recherches du docteur Ogle, super-intendant au *Statistical Departement* du *The English Registrai generals' Office*, sur la longévité et les maladies des membres de la profession médicale. Ces résultats témoignent des inconvénients de notre profession et de ses dangers pour la vie humaine qu'elle abrège.

Contrairement à une opinion vulgaire dans les pays de langue anglaise et ailleurs aussi, le corps médical ne partage pas avec les *clergymen* et les magistrats le privilège de la longévité. Ce n'est pas tout : bien loin d'être seulement très élevée, leur mortalité augmente d'une année à l'autre. De 1880 à 1882, son coefficient a surpassé le coefficient obituaire moyen des individus exerçant d'autres professions. Il a été de 25,53 pour les médecins et de 20,23 pour 1,000 parmi les magistrats.

En comparant cette mortalité à celle des ouvriers des mines ou des individus se livrant aux professions les plus insalubres, les médecins conservent quelque avantage. Par contre, ils sont moins favorisés que les aubergistes, les brasseurs, les bouchers et les plupart des manouvriers. En vérité, comme l'observe un confrère de la presse américaine, le génie de la santé paraît bien sévère en refusant d'étendre sa sollicitude à ceux qui pratiquent ses lois et ne leur accordant même pas les avantages de la longévité !

M. Ogle a cherché encore à déterminer la morbidité relative des médecins comparativement à celle des autres individus, dans une série d'un million d'hommes. Il démontre

©BIU Santé

ainsi que, par rapport à la généralité de la population, les médecins succombent dans la proportion de 59 à 16 par la fièvre scarlatine, de 79 à 38 par le typhus, de 59 à 14 par la diphthérie, de 311 à 238 par la fièvre typhoïde, de 178 à 130 par l'alcoolisme et de 363 à 238 par le suicide, et, parmi ces suicidés, la plupart ont fait usage du poison.

La moitié des médecins seraient atteints d'affections hépatiques, en rapport avec des troubles gastro-intestinaux causés par un régime que les nécessités professionnelles rendent défectueux. Le seul avantage qu'ils possèdent, est leur immunité contre la variole, dont la morbidité s'élève à 73 en moyenne, mais ne dépasse pas 13 dans le corps médical. Ces chiffres prouvent que les médecins se font vacciner. Voilà donc le seul avantage professionnel dont ils jouissent, au point de vue de l'immunité morbide !

C. L. D.

FORMULAIRE

GLYCÉRÉ CONTRE LES BRÛLURES. — De Bruyne.

Hydrate de chaux	3	grammes.
Glycérine	150	—
Ether chlorhydrique chloré	3	—

Mêlez. — Ce glycéré est destiné à remplacer le liniment oléo-calcaire. On en imbibe des compresses que l'on applique sur les brûlures, et on recouvre le tout de taffetas gommé. — N. G.

COURRIER

HÔPITAL BICHAT. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera la seconde série de ces leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 6 juin, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ces leçons seront consacrées : 1° aux *applications cliniques et thérapeutiques de la spectroscopie*, par M. le docteur Hénocque (leçon du 6 juin) ; — 2° aux *applications thérapeutiques du massage*, par M. le docteur Berne (leçon du 20 juin) ; — 3° à la *goutte et à son traitement* (leçon du 27 juin) ; — 4° aux *causes et au traitement de la neurasthénie* (leçon du 4 juillet).

— La Société de médecine légale a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires.

Les candidats sont invités à adresser leur demande avec l'exposé de leurs titres au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi), membre de la commission administrative de la Société centrale, décédé le mois dernier, a fait un legs de la somme de dix mille francs à l'Association générale pour la caisse des pensions de retraites.

— La librairie Plon met en vente le huitième volume de l'*Année médicale* (1885). Cette publication, dirigée par M. le docteur Bourneville, résume les progrès réalisés pendant l'année par les sciences médicales.

Anatomie, physiologie, médecine, chirurgie, obstétrique, thérapeutique, gynécologie, hygiène, y sont passées en revue avec beaucoup de soin.

1 vol. in-18. — Prix : 4 fr. — Rue Garancière, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Onimus : Des paralysies consécutives aux accidents de chemins de fer. — II. Thèses d'agrégation de 1886. — III. Revue des Journaux : De l'anurie précoce scarlatineuse. — De l'hyoscine dans le traitement des maladies du système nerveux. — De la théine comme analgésique local. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Des paralysies consécutives aux accidents de chemins de fer.

Par le docteur Onimus.

Les paralysies qui surviennent à la suite des accidents de chemins de fer offrent rarement les mêmes caractères que les autres paralysies par cause traumatique. Ce qui caractérise essentiellement ces paralysies, c'est qu'alors même qu'elles sont périphériques, elles ont souvent un retentissement considérable sur les centres nerveux.

De tout temps, les chirurgiens ont insisté sur les conséquences fâcheuses du *choc* et s'il est vrai que le choc déterminé par une chute ou par une voiture, a une influence sur la marche de la maladie, on peut, à plus forte raison, être persuadé qu'un accident en chemin de fer aura une action très marquée sur les symptômes consécutifs.

Le docteur Erichsen, professeur de chirurgie à Londres, a réuni plusieurs faits de ce genre, et c'est avec raison qu'il déclare que, quoique le choc intense qui accompagne ces traumatismes donne une « terrible » importance aux accidents consécutifs, on n'est pas en droit d'en conclure que ceux-ci sont spéciaux et sont occasionnés seulement par les chemins de fer ; tout choc violent, toute chute qui ébranle le système nerveux central amènent les mêmes conséquences. La seule chose qu'il faille admettre, c'est qu'il est bien rare que les conditions d'un traumatisme violent existent, d'une façon aussi nette et aussi intense, dans d'autres cas que dans les accidents de chemin de fer. De plus, comme ceux-ci portent sur un grand nombre de personnes et qu'ils ont toujours une grande publicité, il est tout naturel que ces lésions soient presque exclusives aux accidents de chemin de fer.

La gravité des lésions dépend de la rapidité avec laquelle le train marche au moment de la rencontre d'un obstacle, ou de la force avec laquelle le train reçoit le choc par derrière. Dans les deux cas, les voyageurs sont fatalement précipités dans le sens du mouvement, c'est-à-dire vers la machine. Ceux qui sont assis en avant, c'est-à-dire la face dirigée dans le sens même du mouvement, sont lancés dans ce même sens et viennent s'abattre contre la paroi antérieure du compartiment, ou bien contre les voyageurs qui leur font vis-à-vis ; tandis que les voyageurs qui tournent le dos au sens du mouvement, sont brusquement portés contre la paroi de leurs sièges, puis aussitôt par contre-coup rejetés en sens contraire.

Nous ne voulons point nous occuper des lésions des jambes qui sont assez fréquentes, et qui sont dues au rapprochement des banquettes ; ces lésions sont d'ailleurs identiques, quel que soit le côté occupé par le voyageur, et elles n'ont, par elles-mêmes, aucune influence spéciale sur le système nerveux central. Il n'en est pas de même des lésions qui portent sur le tronc et sur la tête, et c'est ici que la position du voyageur a une grande importance. Celui qui est en avant, et qui, au moment de l'arrêt brusque du train, continue fatalement le mouvement acquis, est précipité

©BIU Santé

violemment de son siège vers le compartiment qui fait face, de là la fréquence des blessures à la tête et aux membres supérieurs, car instinctivement il étend ses bras. De plus, alors même que les banquettes ne se rapprochent pas, ses jambes et ses genoux viennent heurter le bord du siège opposé ; ces voyageurs ont donc surtout des blessures aux membres et à la tête, mais ils ont la chance de n'avoir pas de contusion de la moelle.

Les voyageurs au contraire qui sont placés en arrière, ont pour ainsi dire le dos aplati contre la paroi du compartiment et ce sont généralement ceux-ci qui sont le plus gravement atteints. Ils éprouvent une véritable commotion de la moelle, qui peut être augmentée par la chute des voyageurs qui sont assis devant eux.

Il paraîtrait que les personnes qui dorment au moment de l'accident échappent, au moins en partie, aux effets de la commotion du système nerveux. Il y a problement plusieurs causes à cela, d'abord l'attitude du corps, puis une émotion moins vive et aussi l'absence de raideur musculaire ou de résistance au moment du choc. C'est pour la même raison que, quelquefois chez les enfants et souvent chez les personnes ivres, les accidents les plus terribles n'amènent que des blessures légères et qui sont loin d'être en rapport avec celles qu'on observe dans des traumatismes analogues.

Cette commotion spinale a son importance, car elle domine les symptômes consécutifs, et très souvent elle n'amène de paralysie ou même d'autres lésions que quelques jours et même plusieurs semaines après l'accident. Il y a quelques années, un accident terrible de chemin de fer ayant eu lieu sur la ligne de Fribourg à Colmar, nous avons fait rechercher, après quelques mois, ce qu'étaient devenues les rares personnes échappées à la mort et aux blessures graves. Plusieurs d'entre elles avaient succombé à des maladies à marche rapide et que rien ne faisait prévoir. Nous ne voudrions pas poser ce fait en principe, ni exagérer les conséquences des accidents de chemin de fer, mais il est certain que c'est surtout pour ces accidents que les phénomènes consécutifs peuvent arriver longtemps après la cause de l'ébranlement nerveux et précisément à cause de cette commotion de la masse encéphalique et spinale. On a présenté à la Société berlinoise de psychiatrie plusieurs faits relatifs à des employés de chemins de fer atteints de différents phénomènes à la suite d'accidents survenus dans les trains. Ces malades n'avaient eu que des blessures insignifiantes ou même nulles. Un certain temps après l'accident, il s'est fait dans toute leur manière d'être un changement considérable ; leur irritabilité et leur impressionnabilité étaient devenues extrêmes ; le moindre travail de tête amenait immédiatement de la fatigue et exaspérait les douleurs de tête et les étourdissements, deux présentèrent en même temps un état parétique des membres inférieurs. La simple vue d'un train rendait tremblant un des malades. Il est à remarquer que tous ces symptômes se sont tous développés très lentement, et c'est là un fait qui n'arrive guère qu'aux traumatismes de ce genre.

Ce qui caractérise encore les accidents de chemins de fer, c'est la longueur de la maladie. Nous avons eu l'occasion de soigner un cas remarquable par la petite étendue de la lésion, car il s'agissait uniquement d'une atrophie légère du trapèze avec contracture légère des scalènes, et pendant des années, quoique l'atrophie ait disparu, il en est resté un état de contrac-

ture et une hyperesthésie très grande, qui rendent les mouvements du cou difficiles et douloureux.

La principale difficulté du diagnostic dans ces affections consiste en ce que l'on peut avoir affaire à des simulateurs, ou tout au moins à des personnes qui exagèrent beaucoup les symptômes qu'elles éprouvent. Comme ces malades ont droit à des dommages-intérêts et que presque toujours ils sont en procès avec les Compagnies de chemins de fer, ils ont intérêt à simuler et à exagérer. D'un autre côté, les Compagnies de chemins de fer désirent que leurs médecins atténuent le mal, et il est souvent difficile de donner des indications équitables. Aussi, il est impossible de se baser sur des données ordinaires, et il serait désirable d'avoir des bases précises de diagnostic. Rien ne pourra les donner aussi nettes et aussi irréfutables que l'emploi des courants électriques, s'il s'agit de lésions du système nerveux ou du système musculaire. En effet, dans ces conditions, il y a forcément des modifications de la contractilité électro-musculaire et celles-ci ne peuvent être simulées.

Quelles conséquences peuvent en effet amener une commotion ou une contusion de l'axe cérébro-spinal? Dans les cas graves : une méningite ou une myélite; dans les cas moins graves : une irritation avec douleurs et contractures. Dans le premier cas, il n'y a pas de simulation possible; dans le second cas, il faut examiner les points douloureux du rachis et voir s'ils correspondent aux nerfs des muscles contracturés.

Un premier renseignement, qu'aucune simulation ne peut modifier, est fourni par la contraction musculaire, aux points d'application d'un courant induit. Si avec un courant qui, toutes choses égales d'ailleurs, détermine une contraction sur des masses musculaires, et surtout sur des muscles homologues, on n'obtient pas de contractions ou on ne les obtient qu'en augmentant notablement la force du courant, on doit affirmer qu'il y a une lésion relativement grave. Seulement l'embarras existe lorsqu'il y a pu y avoir une lésion antérieure à l'accident. Nous avons été appelé à donner notre avis sur un cas de ce genre, et à la suite de l'examen électro-musculaire, il a été certain pour nous que l'atrophie musculaire datait de plusieurs années et était même la conséquence d'une paralysie atrophique de l'enfance. Quelques muscles ne se contractaient par aucune espèce de courants électriques et avaient complètement disparu. Comme le malade prétendait que cette atrophie était la conséquence d'un accident qui remontait seulement à trois mois, nous eûmes des doutes, surtout comme il existait en même temps une contractilité normale sur des muscles voisins. De plus, l'os était diminué en longueur, et, après ces différentes constatations, nous pûmes affirmer que cette atrophie paralytique du membre remontait à une époque bien antérieure à l'accident de chemin de fer. Si ces mêmes lésions avaient eu lieu seulement quelques semaines avant l'accident, la difficulté eût été évidemment très grande.

Un autre signe important, sur lequel le docteur Guermonprez a insisté avec raison, c'est celui que l'on peut tirer de l'exploration des parties douloureuses à l'aide de l'électricité. Si le sujet n'est pas un simulateur, la sensibilité à l'électricité doit toujours être plus grande du côté atteint. Cette proposition est vraie en général, mais elle n'est pas absolument rigoureuse. En effet, la sensibilité plus grande indique uniquement qu'il y a une irritation du tissu musculaire ou des nerfs périphériques, et il est peu de traumatisme où l'on ne constate pas cette augmentation de la sensibilité.

©BIU Santé

Nous avons soigné un traumatisme de l'épaule, avec fracture de la tête de l'humérus, où nous avons fait connaître aux chirurgiens consultants une fracture de l'omoplate que nous avions soupçonnée et découverte par la douleur constante qu'y réveillait le moindre courant électrique, et qui était limitée exactement à la partie fracturée. D'ailleurs, dans toute fracture même consolidée datant de plusieurs mois, on détermine une sensation douloureuse en électrisant cette région avec des courants induits d'intensité moyenne.

C'est donc un signe important pour les lésions traumatiques, mais malheureusement il existe également dans les affections musculaires rhumatismales. Ainsi, dans le lumbago, ou dans le torticolis, la contraction déterminée par un courant même faible est toujours douloureuse, et cela est tellement constant que, lorsque nous avons à soigner un lumbago, après avoir employé les courants continus, et quand le malade se déclare soulagé et même guéri, pour bien nous assurer de la guérison réelle et durable, nous électrisons la masse charnue avec un courant induit. Si cette électrisation n'est plus douloureuse, on peut affirmer la guérison.

Enfin, il faut bien examiner les points douloureux de la colonne vertébrale; dans la commotion de la moelle, ces points existent toujours, et la douleur augmente à la pression. On trouve, il est vrai, ces mêmes points douloureux dans différentes affections, et entre autres dans l'irritation spinale, ou nervosisme, et dans l'hystérie. Comme nous l'avons dit pour ces maladies, lorsque ni la pression ni la chaleur ne permettent de constater d'une façon précise ces hyperesthésies, on les découvre facilement en fixant un des rhéophores d'un courant moyen sur la partie supérieure de la colonne vertébrale et en faisant glisser l'autre lentement de haut en bas. Dans les cas de traumatisme, lorsqu'on constate ainsi des points douloureux, on doit en même temps trouver de la rigidité dans ces régions vertébrales. C'est de la coïncidence de ces divers symptômes que l'on peut tirer des conclusions précises, car, comme nous venons de le voir, un seul symptôme pris isolément ne suffit pas.

Les lésions traumatiques que l'on peut constater par le toucher ou par la vue ne présentent aucune difficulté, mais celles qui résultent de l'ébranlement et du choc du centre cérébro-spinal sont d'autant plus difficiles à bien diagnostiquer que les malades ne disent pas toujours la vérité, et que l'on est obligé de conclure malgré eux ou même contre eux. La certitude ne peut provenir que de l'examen de la contractilité électro-musculaire, de la constatation des phénomènes de sensibilité et des états de contracture concordant avec les points douloureux de la colonne vertébrale.

Enfin, la position qu'occupait le malade dans le compartiment au moment de l'accident peut confirmer les indications médicales, car, comme nous l'avons dit au commencement, la commotion de la moelle, surtout de la partie lombaire, n'existe guère que pour les voyageurs qui étaient placés en arrière, c'est-à-dire tournant le dos à la locomotive. La commotion cérébrale, par contre, peut exister pour tous les voyageurs; seulement, elle est accompagnée en général de plaies ou d'ecchymoses apparentes pour ceux qui étaient assis faisant face à la locomotive. Il est donc important, comme les malades ne connaissent guère ces faits, de s'informer de la position qu'occupait la personne dans le compartiment; car cela seul permet d'avoir de fortes présomptions sur la simulation ou sur la réalité des symptômes; l'aggravation de la maladie, et son apparition plusieurs jours après l'acci-

dent, ne doivent pour ainsi dire exister que lorsque le malade était assis, tournant le dos à la locomotive.

Thèses d'agrégation de 1886 (1).

V. — Nosographie des chorées, par M. Maurice Lannois (J.-B. Baillière, 1886).

M. Lannois a doublement droit à notre sympathie : d'abord en sa qualité de médecin militaire parce qu'il a su concilier les exigences de son service avec la préparation toujours ardue d'un tel concours, ensuite par les qualités critiques dont il a fait preuve en traitant la question si difficile des chorées.

Il considère le mot chorée comme un terme générique et réunit sous la dénomination de mouvements choréiques « des mouvements musculaires à grand rayon, involontaires, « bien que le plus habituellement conscients, occupant principalement la tête et les « membres, incessamment renouvelés sans repos ni trève et ne s'arrêtant que pendant « le sommeil. »

Cette énumération est à coup sûr imparfaite, mais elle suffit cependant pour éviter toute confusion des chorées avec d'autres troubles de la motilité, tels que les tremblements, les spasmes fonctionnels et les mouvements ataxiques. De plus, elle a permis à M. Lannois de donner aux tics convulsifs une place entre les chorées rhythmiques et les chorées arhythmiques et de grouper les mouvements choréiques dans trois classes : les *chorées rhythmiques*, les *pseudo-chorées* et les *chorées arhythmiques*.

L'histoire des chorées épidémiques forme l'un des chapitres les plus complets de ce mémoire. Elle permet à l'auteur d'établir le rôle de l'hystérie dans ces épidémies et le conduit à déclarer que les chorées rhythmiques « sont indubitablement des mani- « festations de la névrose hystérique ». C'est peut-être aller un peu trop loin. Mieux vaut s'en tenir à l'opinion d'Axenfeld et, à côté de la danse de Saint-Guy, admettre une chorée hystérique dans laquelle « coexistent une foule d'autres phénomènes morbides « appartenant également à la névrose hystérique. »

L'idée n'est pas absolument neuve, puisqu'elle se trouve dans le *Traité des névroses ;* mais elle ne peut être vraie à l'heure actuelle qu'à condition de faire des réserves comme M. Charcot l'a démontré d'ailleurs.

Une autre question méritait, à coup sûr, le développement que lui donne M. Lannois : je veux parler de la place de la maladie des tics convulsifs dans la nosographie. Sur ce terrain où les faits anatomo-pathologiques manquent, il faut s'en tenir aux caractères symptomatiques. Les mouvements des tics et ceux de la chorée rhythmée, ne diffèrent, d'après notre distingué confrère, que par une question de degré et de régularité dans leur succession. Il n'hésite donc pas à les considérer comme des formes morbides intermédiaires entre la chorée de Sydenham et la chorée rhythmée et par conséquent à placer les tics convulsifs à côté des mouvements choréiques, mais non pas dans le même groupe.

L'étude de la chorée de Sydenham était une occasion de discuter les rapports du rhumatisme avec la chorée. Entre ceux qui nient la fréquence du rhumatisme dans la chorée et ceux qui professent, avec MM. Henri Roger et G. Sée, les étroites connexions de ces manifestations morbides, M. Lannois admet une opinion moyenne. Soit ; en présence de faits contradictoires et des brillantes plaidoiries des avocats de l'une ou l'autre doctrine, on comprend cette hésitation pleine de prudence. Et cependant l'observation fournit une donnée, incomplète peut-être encore, mais néanmoins bien importante parce qu'elle est très générale, celle de la fréquence du rhumatisme, de l'arthritisme, de la goutte et des états diathésiques à la base des névroses.

C'est pour ce motif que l'*hérédité neuro-diathésique* permet l'interprétation des faits en apparence dissemblables et peut être considérée comme la souche du tronc commun, dont, selon une classique comparaison, les névroses sont les branches divergentes. C'est encore pour ce motif que la clinique ne bénéficie guère de ces excès de la méthode ana-

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 mai 1885.

©BIU Santé

lytique au moyen desquels on multiplie les variétés et les sous-variétés des espèces morbides et qu'elle aurait tout à gagner à voir plutôt synthétiser des questions telles que celles de la chorée. C'est reconnaître la valeur dn travail de M. Maurice Lannois et tenir compte des nombreuses difficultés du sujet ingrat que le sort lui avait imposé.

VI. — L'HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, par M. J. DÉJÉRINE. (Asselin et Houzeau, 1886.)

« Montrer le rôle immense que joue l'hérédité dans les différentes maladies du sys-
« tème nerveux, rechercher si la plupart ne dérivent point d'une souche commune et
« ne sont point des variantes d'un même type d'origine ancestrale; tel est le but du
« présent travail. »

Ce paragraphe, le premier de ce mémoire, limite l'étendue de la question et fait pressentir au lecteur le point de vue pathogénique adopté par l'auteur, qui, commençant par une citation de M. Ribot, pour définir l'hérédité, termine par une phrase bien connue de M. Jacoby pour rappeler que l'avenir est aux médiocrités! C'est entre la pensée de ces deux psychologues qu'il place les sept chapitres de sa thèse, et qu'il étudie l'*hérédité en général*, l'*hérédité dans les psychoses*, les *névroses* et les *affections du système nerveux avec lésions anatomiques*, l'*hérédité au cours* des *maladies infectieuses* et des *intoxications*, et les *rapports de l'hérédité* avec *les maladies générales*.

L'étape est longue, et M. Déjérine l'entreprend par un coup d'œil sur l'hérédité physiologique et psychologique, fait une rapide reconnaissance dans le domaine du darwinisme, pousse une pointe dans l'histoire des hérédités professionnelles et choisit ses exemples dans les dynasties de peintres, de musiciens ou de mathématiciens, mais omet de parler des dynasties de médecins. Serait-ce donc que l'hérédité physiologique ne s'exerce pas suivant la même loi parmi nos confrères, et que « la cellule nerveuse « n'y est pas transmise par l'hérédité », aussi bien que « celle d'un organe quelconque de l'économie? » Il en est plutôt, je pense, des médecins comme des philosophes, et dans leur généalogie familiale, il est d'autres motifs pour lesquels on ne saurait souvent trouver les éléments de tableaux généalogiques semblables. Dans ce chapitre, qui à bon droit sera fort goûté des lecteurs, M. Déjérine expose surtout la théorie du *keimplasma* de Weissmann, qui, on le sait, assurerait la continuité directe et ininterrompue de la matière germinative dont chaque individu de la série familiale serait le dépositaire.

Ce chapitre de haute philosophie témoigne de l'ampleur de vue dont M. Déjérine a fait preuve. Il est de nature à satisfaire la curiosité de ceux qui consulteront cette thèse, mais ne suffira peut-être pas à les convaincre tous, par cela même que la théorie de Weissmann s'accorde mal avec le darwinisme.

Ce chapitre sert en quelque sorte d'avant-propos à la partie de ce mémoire qui intéresse plus directement les médecins. L'auteur l'aborde en étudiant la loi de l'hérédité dans les psychoses, que Morel, Lucas, Moreau (de Tours), pour ne citer que ces grands noms, ont solidement établie. Ici, la tâche était plus aisée, surtout au moyen des tableaux que M. Déjérine emprunte aux plus contemporains des auteurs modernes.

L'hérédité dans les névroses n'est pas moins connue. Il y a beau temps que les auteurs classiques ont pris soin de la signaler, de sorte que si cette question ancienne a été posée à nouveau durant ces derniers temps, elle appartient un peu à tous les écrivains qui ont pris la plume sur l'étiologie de ces affections. M. Déjérine ne le pense pas, en fait une question toute contemporaine et déclare que « ce n'est que récemment qu'ont paru différents travaux sur cette question »; celui de M. Mobius, en Allemagne, et celui de M. Féré, en France. Vraiment, à en juger par cette indigence, il y aurait à douter de la sagacité clinique de nos anciens!

Heureusement pour la réputation de ces anciens dont on sourit souvent, mais qu'on ne lit pas assez, l'idée si savamment développée par quelques-uns de nos contemporains, était un peu celle de nos prédécesseurs et de nos maîtres. Seulement, je le confesse, ils la formulaient en termes différents.

Dans l'hérédité des névroses, M. Déjérine accorde une importance légitime à cette conception pathogénique à laquelle M. Féré donne le nom de *famille névropathique*. C'est

justice, et, pour en donner raison, notre confrère emprunte des observations aux auteurs modernes et dresse encore des tableaux généalogiques au moyen desquels il fixe le regard des incrédules, et leur montre la succession d'une même névrose ou de névroses différentes dans la série familiale. Avec cette méthode, M. Déjérine étudie l'hérédité de l'épilepsie, de la chorée, de l'hystérie, etc., etc.

Mais il ne s'en tient pas à cette détermination, il veut pénétrer plus avant et entrer dans l'étiologie de la neurasthénie. Sous cette dénomination toute récente, comprenant les états nerveux protéiformes si souvent observés par les anciens auteurs qui omettaient de leur donner un nom générique, M. Déjérine confond le nervosisme, la névropathie cérébro-cardiaque et l'irritation spinale.

La neurasthénie, dont on a pu dire : *non morbus, sed morborum cohors,* qu'on a qualifiée de *supplicium neuricum,* est-elle donc identique à l'irritation spinale, et ces deux affections doivent-elles donc dorénavant n'en plus former qu'une seule?

Discuter ces questions serait excéder les bornes d'une analyse critique; mieux vaut renvoyer celui qui demande réponse au mémoire des frères Griffin sur l'irritation spinale, mémoire fort célèbre au delà du détroit et dont j'ai inutilement cherché l'indication dans le mémoire actuel; au travail que M. Brown-Séquard publiait récemment sur cette maladie dans l'encyclopédie de Qain, et rappeler le chapitre du *Traité des névroses* d'Axenfeld, où le commentateur de ce professeur à jamais regretté a exposé l'histoire clinique de l'irritation spinale et de la neurasthénie. C'est ainsi qu'on pourra mesurer le rôle considérable des diathèses, et en particulier du rhumatisme dans l'évolution de l'irritation spinale, et qu'avec Axenfeld, dont on oublie trop le nom tout en héritant de ses idées, on pourra conclure que la neurasthénie est « le fonds commun de l'hystérie et de plusieurs autres affections générales du système nerveux » dans lesquelles elle se manifeste, « soit à titre de cause prédisposante, d'imminence morbide, soit à titre de conséquence tardive, de complication. »

L'hérédité dans les affections du système nerveux avec lésions anatomiques revient à établir l'hérédité même de ces lésions. Leur transmission généalogique ressemble à celle des difformités, c'est plutôt, ce me semble, une hérédité tératologique. M. Déjérine s'y arrête dans des pages qui compteront parmi les meilleures de son savant mémoire. Et cependant cette transmission de difformités acquises ou héréditaires n'est pas celle qui donne raison du rôle de l'hérédité dans la pathogénie des affections nerveuses. Aussi, au terme de sa thèse, M. Déjérine a été amené très heureusement à rechercher les relations de cette hérédité avec certaines maladies générales : goutte, arthritisme, rhumatisme.

En fait, c'est arriver, ou pour mieux dire, revenir à la doctrine de l'hérédité neuro-diathésique, c'est-à-dire à l'observation clinique traditionnelle, tant il est vrai que la question du rôle de l'hérédité dans les affections du système nerveux ne peut et ne doit appartenir en propre à aucune école, par cela même qu'elle appartient à tout le monde.

On reconnaît donc la difficulté d'aborder une aussi vaste question dans une thèse d'agrégation et le mérite du candidat qui en a tiré un tel parti. De là, par conséquent, le succès de ce mémoire qui restera au nombre des meilleurs parmi ceux du concours de 1886.

VII. — Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, par M. Chuffart. (Félix Alcan, 1886.)

Bien loin de s'effrayer de l'ampleur de son sujet, M. Chuffart en a augmenté l'étendue en s'arrêtant à des raretés cliniques de secondaire importance et en exposant l'anatomie normale du tissu cellulaire sous-cutané.

Ce chapitre sert en quelque sorte de préface à ce mémoire. Il aurait pu être omis, car la description qu'il contient se trouve tout au long dans les traités classiques d'anatomie normale et d'histologie. Je sais bien que cet exposé fournit à notre confrère une occasion de rappeler les travaux de M. Ranvier et la disposition du tissu cellulaire sous-cutané en forme de *séreuse* cloisonnée; travaux dont la haute valeur a d'ailleurs été maintes fois appréciée et dont les conclusions sont aujourd'hui universellement acceptées.

©BIU Santé

Plus loin, M. Chuffart se demande ce que l'on doit entendre par rhumatisme, et quels sont les syndromes cliniques qui sont compris dans cette dénomination? Pour répondre à cette question, il prend ce mot rhumatisme dans son sens le plus général; mais, par contre, évite toute discussion sur les différences ou les analogies de nature qui existent entre le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique. Ce débat n'est pas inutile à sa thèse puisque l'auteur divise les manifestations rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané en *manifestations aiguës* ou de courte durée, en *manifestations subaiguës* ou *chroniques* et en *manifestations secondaires* et *indirectes*.

L'œdème péri-articulaire, le pseudo-phlegmon, l'œdème rhumatismal essentiel et les nodosités éphémères ou transitoires constituent le premier groupe. M. Chuffart donne la description de ces diverses formes morbides, mais insiste peu sur leur nature pathogénique. Par contre, notre confrère a eu la bonne inspiration de faire appel à la médecine expérimentale, et d'adopter, pour expliquer l'origine de ces œdèmes, la théorie de l'épuisement des centres vaso-moteurs périphériques de MM. Rouget et Brown-Séquard. Il ajoute que, dans les trois sortes d'œdème rhumatismal (œdème à la fois mécanique et neuro-paralytique, œdème nerveux, œdème réflexe), il existe toujours deux causes productrices de l'épanchement : 1° une cause mécanique: 2° une modification de l'état des vaisseaux. Quant aux nodosités éphémères, M. Chuffart pense qu'elles sont en rapport avec les troubles de la circulation lymphatique, sa gêne ou l'engorgement de ses troncs.

Les manifestations rhumatismales subaiguës ou chroniques du tissu cellulaire sous-cutané, nodosités sous-cutanées durables, pseudo-lipome, diathèse lipomateuse, font le sujet du deuxième chapitre dans lequel se trouve un résumé complet des leçons magistrales de M. Potain, des recherches entreprises par M. Verneuil et par notre érudit confrère, M. L.-H. Petit, l'un des très distingués bibliothécaires de la Faculté. Cette argumentation démontre donc que la question a depuis longtemps fixé l'attention des médecins. Cette remarque ne manque pas d'à-propos à l'heure où l'on mène si grand bruit autour de certaines manifestations du rhumatisme du tissu cellulaire sous-cutané.

Sous la rubrique de manifestations secondaires, M. Chuffart rappelle la maladie palmaire de Dupuytren et, à son égard, adopte la sage opinion de M. Lancereaux, étudie, enfin, les sclérodermies, l'éléphantiasis secondaire, l'obésité et la sénilité précoce. Il entre aussi dans les maladies par ralentissement de la nutrition et dans le domaine de la diathèse rhumatismale pour terminer par ces conclusions : les manifestations rhumatismales exigent pour se produire : 1° une prédisposition individuelle qui crée l'imminence morbide; 2° une cause extérieure, — froid, traumatisme, — qui crée la localisation.

Qu'on adopte ou qu'on repousse ces conclusions, qu'on reproche à l'auteur ou qu'on l'approuve d'avoir évité tout débat approfondi sur l'identité ou la non-identité du rhumatisme aigu et du rhumatisme chronique, sa thèse n'en possède pas moins une qualité fort rare : celle de faire une juste part aux travaux de chacun. On ne saurait trop le féliciter d'avoir évité l'erreur de ces écrivains qui croient augmenter la gloire des uns en faisant, de parti pris, le silence sur la renommée des autres. — Ch. E.

LE LANGAGE INTÉRIEUR ET LES DIVERSES FORMES DE L'APHASIE, par Gilbert BALLET.

De tous les candidats, aucun n'était mieux préparé à écrire cette étude que l'un des plus brillants élèves de M. Charcot, — ayant la connaissance approfondie des travaux de l'école de la Salpêtrière sur les localisations cérébrales et l'aphasie, — possédant, en outre, une certaine tournure d'esprit généralisatrice et philosophique (dans le bon sens du mot) qui fait défaut à beaucoup de médecins, d'ailleurs très savants, — capable enfin d'exposer dans un style élégant et limpide un sujet pour lequel la forme n'était pas sans importance.

Dans son introduction, M. Ballet rappelle les progrès qui ont été réalisés dans l'étude de la fonction du langage et de ses altérations par le concours de l'observation intérieure et des recherches anatomo-pathologiques, ainsi que l'ont compris Broadbent et Bastian en Angleterre, Kussmaul, en Allemagne, et surtout M. Charcot chez nous. Ce n'est pas

une histoire détaillée, documentaire, de l'aphasie que l'auteur s'est proposé de tracer, et il cherche à expliquer, par une ingénieuse comparaison, le plan de son travail :

« Il nous importera peu de savoir si tel ou tel trouble de la parole ou de l'écriture est produit par une tumeur, un foyer de ramollissement, un agent toxique, etc. L'étiologie, en effet, peut modifier la marche, l'évolution, la gravité de l'aphasie, elle n'en modifie pas la forme. « Les roues d'une montre, a dit Buzzard, peuvent être aussi bien arrêtées par un cheveu que par un grain de sable, et le désordre qui surgit alors reste toujours le même, quelle que soit la cause qui l'ait produit. » Nous allons essayer de faire, pour le langage et l'aphasie, ce que ferait un horloger qui, désireux d'étudier le mécanisme de la montre, s'attacherait à isoler d'abord les divers rouages pour les replacer ensuite dans leurs relations premières, et arriverait ainsi à déterminer le rôle et les conséquences de l'arrêt de chacun d'eux. »

Aussi le premier chapitre est-il consacré à un aperçu sur la formation et le développement de la fonction du langage chez l'individu. On en dégage ce premier fait que l'idée et le mot sont indépendants l'un de l'autre, et que, si le mot est l'auxiliaire de l'idée, il n'en est pas l'accompagnement obligé; s'il est impossible de *bien* penser sans signes, il est possible de penser, et on conçoit déjà que l'intégrité relative de l'intelligence puisse coïncider avec l'abolition partielle ou totale des signes, c'est-à-dire avec l'aphasie. Le second fait, c'est que le *mot* n'est pas une unité, mais un *complexus*, constitué qu'il est par l'association de quatre espèces d'images : auditive (mot entendu), visuelle (mot lu), motrice d'articulation (mot parlé), motrice graphique (mot écrit).

Ces images réalisent des formules qui, durant la réflexion, servent à donner un corps à notre pensée. Suivant nos tendances et nos aptitudes individuelles, nous entendons mentalement, nous voyons, nous parlons, ou même, dans des cas exceptionnels, nous écrivons notre pensée. L'étude du langage intérieur se ramène à rechercher les caractères généraux des images de chaque groupe, et à montrer la place prépondérante ou effacée qu'elles occupent dans la série des opérations intellectuelles chez chacun de nous. Il en est parmi nous chez qui le mot se présente à la pensée presque constamment revêtu de la même forme d'images, auditive, visuelle ou motrice. On peut distinguer les *auditifs*, les *visuels* ou les *moteurs*; on pourrait qualifier de *mixte* ou *indifférent* un sujet assez parfaitement équilibré pour concevoir les quatre formules imaginatives aussi nettement les unes que les autres.

L'aphasie peut être envisagée comme une altération complète ou incomplète de l'une ou plusieurs des modalités du langage intérieur.

Dans les chapitres suivants, M. Ballet met à exécution son programme et nous initie aux curiosités de l'audition mentale (étude descriptive des images auditives des mots), de la vision mentale, de l'articulation et de l'écriture mentale, et au jeu combiné des représentations verbales, auditives, visuelles et motrices, tel qu'il existe chez les individus du type *indifférent*.

La deuxième partie de la thèse de M. Ballet est consacrée, avons-nous dit, à l'APHASIE, qui, consistant en l'abolition des fonctions du langage, comprend quatre formes simples : la perte de l'audition des mots réalise la *surdité verbale;* la perte de la lecture, la *cécité verbale*; l'abolition du langage articulé détermine l'*aphasie motrice* ou aphasie ataxique (de Kussmaul); enfin, l'abolition de l'écriture, l'*agraphie*. L'abolition de la mimique, ou *amimie*, n'est jamais un trouble isolé, elle accompagne les autres formes de l'aphasie, l'aphasie ataxique notamment.

Outre les formes simples précitées, il en existe de plus complexes, plus difficilement analysables ou moins bien connues, qui échappent pour l'heure à toute tentative de classification méthodique. On les trouve dans le chapitre intitulé : *Coup d'œil sur les aphasies combinées et les aphasies de conductibilité.*

Enfin, les localisations corticales des centres du langage, ou considérations sur le siège et la nature des lésions productrices de l'aphasie, et le diagnostic des différentes formes de l'aphasie, complètent le remarquable travail de M. G. Ballet, qui conclut en rappelant que les conquêtes réalisées dans le domaine si longtemps inabordable de la physiologie pathologique du cerveau sont dus à l'application de la méthode suivante :

©BIU Santé

choisir pour l'étude les cas simples de préférence aux cas complexes, de façon à constituer des types cliniques autour desquels doivent venir se grouper, par la force des choses, les formes frustes ou compliquées; rapprocher les symptômes relatés pendant la vie des lésions nécroscopiques soigneusement topographiées; enfin, éclairer les phénomènes morbides par l'étude des phénomènes normaux.

Nous ne pouvons mieux faire, pour constater le succès de la thèse de M. Ballet, que de dire qu'elle a pris place immédiatement dans la Bibliothèque de philosophie contemporaine, où elle figure avec honneur à côté des livres des Bain et des Ribot.

P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

De l'anurie précoce scarlatineuse, par le docteur Ed. Juhel-Rénoy. — L'anurie plus ou moins complète, au cours de la néphrite scarlatineuse, est un phénomène bien connu; mais, pour tous les auteurs, c'est à la période de desquamation ou pendant la convalescence que se montre cette redoutable complication. C'est l'opinion des auteurs qui ont écrit sur la scarlatine : Guersant et Blache, Rilliet et Barthez, Picot, Sanné, etc.; c'est aussi celle de tous ceux qui ont étudié la néphrite scarlatineuse : Forster, Klebs, E. Wagner, Bartels, Kelsch, Leichtenstein, Hortolès, etc. Quant à l'anurie initiale, on ne la signale nulle part, et Juhel-Rénoy paraît être le premier à en publier une observation.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans : d'une santé parfaite jusque-là, elle est prise d'une scarlatine qui paraît régulière. « L'angine, l'éruption arrivent aux jours dits, et elle ne rentre à l'hôpital que parce que, domestique, ses maîtres ne peuvent la garder. A son entrée, l'éruption, l'angine existent encore, la fièvre est modérée, les urines normales en quantité et sans albumine. Deux jours après (huitième ou neuvième jour de la maladie), elle est frappée d'anurie totale, absolue; le cathétérisme, répété chaque jour, ne donne issue à rien, et l'anurie persiste cinq jours entiers, résistant à toutes les médications; puis, brusquement, la mort survient, précédée d'un léger œdème. »

Dans une première période, « les symptômes généraux ont été nuls, l'attention n'était fixée que par l'anurie et les douleurs dans la région rénale »; la dernière période, exempte de phénomènes urémiques apparents, est marquée simplement par un œdème léger, bientôt suivi de mort brusque. — A l'autopsie, on trouvait des reins volumineux (290 grammes), durs, présentant à l'œil nu, et histologiquement, les lésions de l'infarctus. Aussi, Juhel-Rénoy compare-t-il ce qui s'est passé dans cette observation à ce qui aurait pu se produire chez un malade atteint d'endocardite végétante, alors que quelques végétations détachées par le courant sanguin eussent obstrué les artérioles rénales. Ici l'obstruction des vaisseaux, *vraisemblablement d'origine parasitaire*, a déterminé un barrage presque total de l'appareil glomérulaire; l'embolie des artères rénales a été presque complète, et il y a eu « une anorexie vraie par défaut de sécrétion, absolument comme il advient dans les ligatures expérimentales sur les artères rénales ».

Par analogie, Juhel-Rénoy présume que ces anuries d'origine parasitaire seront rencontrées et démontrées techniquement dans d'autres maladies infectieuses. C'est ainsi que Kingsbury a publié récemment une observation analogue, celle d'une enfant âgée de 3 ans, qui, prise de diphthérie, fut atteinte, le troisième jour, de suppression d'urine, sans symptôme surajouté. Le troisième jour de l'anurie, délire et coma; malheureusement il n'y eut pas d'autopsie. (*Arch. gén. de médecine*, avril 1886, p. 385-410.)

Dr E. Deschamps.

De l'hyoscine dans le traitement des maladies du système nerveux, par A. Jones. — Produit qu'on retire de la jusquiame, cette substance s'administre par la voie sous-cutanée sous forme d'une solution dans un mélange d'eau, de glycérine et d'alcool. M. Jones, comme beaucoup de ses compatriotes, la prescrit pour produire le sommeil et la sédation dans le délire puerpéral, le délire maniaque, épileptique ou

mélancolique. Il en a obtenu de bons effets contre les attaques d'hystérie et les insomnies de cause nerveuse.

Ces succès ne sont pas les seuls. Il aurait vu l'hyoscine calmer, par son emploi prolongé, la chorée et les toux nerveuses, et diminuer la spermatorrhée, l'asthme spasmodique et les douleurs des coliques hépatiques. Si ces éloges sont mérités, l'hyoscine pure ou sous forme de bromhydrate mériterait bien d'être mise à l'essai. (*Northwestern Lancet*, 15 février 1886, p. 181.) — C. L. D.

De la théine comme analgésique local, par C. H. Castle. — Ces expériences, qui confirment les observations antérieures de M. Mays, ont été pratiquées au moyen d'injections hypodermiques sous la peau de l'avant-bras.

Immédiatement après, aux alentours de la piqûre, la peau perdait sa sensibilité, se congestionnait et présentait une élévation de température. Plus tard on constatait des symptômes généraux et de l'excitation cérébrale qui persistait pendant dix à douze heures.

En instillations entre les paupières, la solution de théine à 4 p. 100 produit l'anesthésie partielle et la congestion de la conjonctive. Cette solution ne s'obtient qu'en maintenant le dissolvant à la température de 125 à 130 Fahrenheit. M. Castle a prescrit des injections hypodermiques d'un sixième à un tiers de grain aux rhumatisants et dans des cas de névralgie sciatique. Les douleurs articulaires et nerveuses ont paru diminuer. (*Cincinnati Lancet clin.*, 6 février 1886 et *the therap. Gazette*, 18 mars 1886, p. 182.) — C. L. D.

FORMULAIRE

Traitement de la syphilis infantile. — Díday.

Dans les cas graves on commence par prescrire deux tiers de centigramme de sublimé, ou un centigramme de mercure soluble de Hahnemann, dans les vingt-quatre heures, en trois doses. On augmente d'un tiers de centigramme tous les trois jours, jusqu'à production d'un effet sensible, soit sur la bouche, soit sur les symptômes syphilitiques. On diminue alors la quantité quotidienne, comme on le fait pour l'adulte, de manière à maintenir une légère excitation gingivale. Une fois par jour des frictions sont faites avec un ou deux grammes d'onguent mercuriel simple (cérat mercuriel), pour commencer. On en emploie ensuite une plus grande quantité, s'il le faut, pour chaque friction. Celle-ci n'a lieu que tous les deux jours, si la peau est trop sensible. Tous les deux, trois ou quatre jours, on prescrit en outre des bains additionnés de 2 grammes de sublimé. Plus tard, on ajoute du sublimé gramme par gramme, jusqu'à ce que le bain en renferme de 4 à 6 grammes, selon l'âge du sujet. La durée du bain est d'une demi-heure. A l'intérieur, l'iodure de potassium peut être administré en commençant par 5 centigrammes et en augmentant rapidement la dose. Dans bien des cas, il est avantageux d'associer l'iodure de potassium au mercure, en faisant un traitement mixte. On prescrit par exemple la liqueur de Van Swieten à la dose d'une cuillerée à café, en plusieurs fois, dans du lait ou de l'eau sucrée. Tenir compte, en appliquant ces préceptes, de l'âge des enfants, de leur force, de leur développement et de l'intensité du mal à combattre. — N. G.

COURRIER

La première séance des deux concours d'agrégation (section de physique, chimie et pharmacologie et section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle) a eu lieu le mercredi 2 juin 1886, à midi.

Agrégation d'anatomie, etc. — Les candidats, au nombre de 17, sont : MM. Gley, Gui-

CBIU Santé

nard, Poirier, Quénu, Retterer et Variot, pour la Faculté de médecine de Paris ; M. Assaki, pour les six Facultés de médecine ; MM. Ferré, Nabias et Princeteau, pour la Faculté de Bordeaux ; M. Barrois, pour la Faculté de Lille ; MM. Jaboulay et Rodet, pour la Faculté de Lyon ; MM. Gilis et Tapie, pour la Faculté de Montpellier ; MM. Nicolas et René, pour la Faculté de Nancy.

Les candidats ont ensuite tiré au sort l'ordre dans lequel ils seront appelés à subir la première épreuve. Cet ordre a été fixé ainsi qu'il suit : 1. M. Assaki, 2. M. Nicolas, 3. M. Variot, 4. M. Nabias, 5. M. Guinard, 6. M. Poirier, 7. M. Jaboulay, 8. M. Rodet, 9. M. Princeteau, 10. M. Barrois, 11. M. René, 12. M. Gilis, 13. M. Retterer, 14. M. Ferré, 15. M. Tapie, 16. M. Gley, et 17 M. Quénu.

Le sujet de la composition écrite (première épreuve) a été : « Parallèle du testicule et de l'ovaire, anatomie et physiologie ».

— L'Académie des sciences a, dans la séance de lundi dernier, 31 mai 1886, procédé, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant pour la section de physique, en remplacement de M. Lallemand, décédé.

Au premier tour de scrutin, M. Crova, professeur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé par 41 suffrages sur 46 votants.

— MM. les médecins des IXe et XXe arrondissements de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance, savoir : pour le IXe arrondissement, le vendredi 18 juin 1886, et pour le XXe arrondissement, le mercredi 23 juin 1886. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 mai 1886, les chaires d'anatomie et de clinique obstétricale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon sont déclarées vacantes.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juin 1886, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— M. le docteur Godinat est nommé médecin du lycée de Châteauroux.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Denis-Dumont, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen et chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville, décédé à Sartainville (Manche).

Inspection des enfants assistés. — Le conseil d'État, en assemblée générale, a voté un nouveau règlement d'administration publique sur l'organisation de l'inspection des enfants assistés, que la constante inexécution du règlement du 31 juillet 1870 laissait livrée à l'arbitraire ministériel. Les innovations qu'il contient sont les suivantes : le cadre de l'inspection est fixé pour le département de la Seine, par le décret lui-même, et pour les autres par arrêtés du ministre ; des inspectrices et sous-inspectrices sont créées en sus du personnel masculin ; un maximun d'âge de quarante-cinq ans est établi pour l'admission dans le service en considération de l'activité physique qu'il réclame. Des simplifications sont introduites dans la classification et l'échelle des traitements des fonctionnaires ; pour que leur recrutement offre toute garantie de maturité et de compétence, il s'opérera : pour les inspecteurs, dans la profession médicale, les bureaux du ministère de l'intérieur, l'inspection de l'enseignement primaire ; pour les sous-inspecteurs, dans le personnel administratif des préfectures, sous-préfectures, mairies et établissements de bienfaisance et parmi les instituteurs ; des règles spéciales sont instituées pour le département de la Seine. Enfin, pour que les frais de tournée ne constituent pas un supplément indirect de traitement, ils ne seront liquidés qu'à concurrence des dépenses faites et dûment justifiées.

(*Gaz. hebdom.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. F. Terrier : Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ascite inflammatoire. — Ovariotomie. — Guérison. — Grossesse ultérieure. — II. Bibliothèque : Nouveau système des eaux minérales de Forges (Normandie). — Estudio sobre la difteria y el croup. — Etudes d'hygiène publique. — III. Revue des Journaux : L'action physiologique et la valeur thérapeutique de l'écorce de Panama. — Kératite neuro-paralytique du choléra. — Essai de la pureté de la cocaïne. — De la cocaïne combinée à l'atropine comme mydriatique. — Recherche de la strychnine et de ses sels dans les urines. — Altérations de la peau dans la scarlatine. — Du microbe de Friedlander. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie, — Société médico-pratique. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

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

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ascite inflammatoire. — Ovariotomie. — Guérison. — Grossesse ultérieure.

La nommée Reuss Zoémie, femme Estienne Eloie, âgée de 42 ans, demeurant à Drouilly (Marne), entre le 15 avril 1884, salle Chassaignac, lit n° 29.

Au mois d'août 1882, le ventre de cette femme commence à grossir, il garde sa forme normale et reste indolent. L'écoulement menstruel, jusqu'alors très régulier, n'apparaît pas au mois de septembre ; au mois d'octobre, la malade fait une perte considérable. Dès lors le ventre augmente de volume assez rapidement, des douleurs fixes s'établissent dans la fosse iliaque droite, bientôt la gêne occasionnée par le poids et le volume du ventre nécessita une ponction vers la fin du mois de novembre 1882. Cette ponction fut faite avec un gros trocart et dans la fosse iliaque gauche, elle donna issue à 7 sept litres d'un liquide couleur chocolat ; la malade se leva au bout de deux jours et retourna à ses occupations ; mais, huit jours après, de l'œdème apparaît au niveau de la cuisse gauche, puis de la jambe correspondante ; en même temps, il existe un cordon gros et douloureux sur le trajet des vaisseaux fémoraux.

Après quinze jours de repos au lit, la phlegmatia s'est sensiblement améliorée et la malade peut se lever. Le ventre a repris très rapidement le volume qu'il avait avant la ponction, et depuis fort longtemps déjà Mme E... ressent de l'engourdissement au niveau de la face externe de la cuisse gauche. Au mois de février dernier, à la suite d'une augmentation subite du volume du ventre, cet engourdissement s'est transformé en une douleur lancinante qui a persisté pendant plusieurs jours. Depuis la ponction, les règles se sont rétablies et sont assez régulières.

Il n'y a ni troubles digestifs, ni constipation, depuis quelque temps la miction devient plus fréquente et la malade est obligée de se lever deux à trois fois chaque nuit pour uriner. L'état général est excellent, il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Réglée à seize, cette femme n'a jamais eu de troubles de la menstruation ; elle s'est mariée à vingt-trois ans, est devenue veuve à trente-sept ans, s'est remariée à quarante ans, elle n'a jamais eu ni fausses couches, ni pertes, ni affections utérines.

Le ventre figure un ovoïde, dont la grosse extrémité déborde la base du thorax, refoule l'épigastre, les hypochondres et les échancrures costo-iliaques, il ne retombe pas sur les cuisses et le pubis, le point culminant est à peu près au niveau de l'ombilic, la circonférence à cette hauteur est à 108 centimètres. L'ombilic déplissé, non saillant, est à 27 centimètres du pubis et 26 de l'appendice xyphoïde ; il existe une légère asymétrie, la moitié droite du ventre étant un peu saillante, tandis que la moitié gauche est plus étalée et plus large ; l'ombilic est distant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 26 centimètres, et de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche de 30 centimètres.

La peau est souple et saine, non distendue, parcourue par un réseau veineux occupant les deux flancs; à gauche ce réseau se continue avec les veines très nombreuses de la cuisse gauche. On sent encore un cordon dur et indolent au niveau des vaisseaux fémoraux.

La matité occupe les deux régions iliaques, l'hypogastre et la région ombilicale, le reste de l'abdomen est sonore.

©BIU Santé

Il y a une quantité notable d'ascite; néanmoins, en déprimant fortement la paroi dans la région hypogastrique, on chasse le liquide et le doigt rencontre un plan résistant formé par la tumeur. Celle-ci ne peut pas être bien délimitée à cause de l'ascite, elle paraît avoir les mêmes limites que la matité.

Le toucher ne donne aucun renseignement; l'utérus est normal, non dévié, mobile; les culs-de-sac sont libres, on n'abaisse pas le col en pressant sur l'abdomen.

Opération le 6 mai 1884 par M. F. Terrier, aidé de MM. Périer et Berger. Anesthésie avec l'appareil Quinquaud, par le docteur Lambert. Pas de phase d'excitation.

L'incision médiane, d'abord peu étendue, saigne assez abondamment, vu la multiplicité des veines sous-cutanées sectionnées. Le péritoine, mis à nu, est ponctionné au bistouri pour recueillir plus facilement le liquide ascitique, jaunâtre et visqueux; il y en a à peu près 10 litres. Cette évacuation faite, le péritoine est ouvert avec des ciseaux, et l'incision abdominale est agrandie en haut en passant directement à travers l'ombilic.

Le kyste, mis à nu, est ponctionné, et malgré l'aspiration il ne sort que quelques verres d'un liquide filant et gommeux. Promenée dans l'intérieur de la masse kystique, la pointe du trocart ne rencontre pas de grande poche à vider.

L'ouverture abdominale est encore agrandie en haut et en bas avec les ciseaux; puis la masse polykystique est largement incisée; une main, plongée dans la cavité, détruit la plus grande quantité possible de cloisons, de façon que la matière colloïde puisse s'écouler facilement au dehors.

Malgré tout, le kyste ne peut encore sortir et mon aide, M. Berger, agrandit encore en haut l'incision abdominale, en se servant toujours des ciseaux.

La tumeur sort alors en masse, une bride est coupée et maintenue par une pince en T; quant au pédicule, très large et situé à droite, il est saisi entre quatre pinces courbes et coupé. La tumeur est alors enlevée.

La bride celluleuse maintenue par une pince en T est liée avec du catgut. Deux ligatures en soie et en X sont placées sur le pédicule utéro-ovarien; deux autres sur le pédicule utérin. Toilette péritonéale minutieuse et réduction des deux pédicules. L'épiploon est étalé avec soin dernière la paroi abdominale antérieure et on fait la suture avec 20 fils, dont 10 profonds et 10 superficiels.

L'opération, faite avec toutes les précautions listériennes, a duré quarante minutes.

La tumeur enlevée pesait 5 kilogr. 400 grammes; c'était un kyste multiloculaire à loges moyennes et renfermant de la matière colloïde.

Le 6 mai. — Soir : Quelques douleurs abdominales. Un vomissement bilieux. Léger écoulement sanguin par le vagin. Il faut noter que les règles avaient cessé de couler la veille de l'opération. Temp. 39°, pouls 92, resp. 34. Glace, champagne.

Le 7. — Matin : La nuit a été bonne; un seul vomissement; injection hypodermique de 0,01 centigramme de morphine. Temp. 38°, pouls 80, resp. 24. — Soir : Un vomissement; un litre d'urine depuis l'opération. Le suintement vaginal persiste. Temp. 38°6, pouls 96, resp. 24.

Le 8. — Matin : Même état. Temp. 38°, pouls 80, resp. 16. — Soir : Temp. 38°2, pouls 90, resp. 20. 750 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. Le malade prend un peu de lait.

Le 9. — Matin : La malade se sent soulagée à la suite de l'expulsion de quelques gaz. Temp. 37°6, pouls 86, resp. 18. — Soir : Temp. 38°, pouls 92, resp. 20. Un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures.

Le 10. — Matin : La malade se sent très bien; l'écoulement vaginal a cessé cette nuit. Premier pansement; huit fils sont enlevés : quatre superficiels, quatre profonds. Temp. 37°2, pouls 82, resp. 15. — Soir : Temp. 37°9, pouls 94, resp. 20. Un litre et demi d'urine dans les vingt-quatre heures.

Le 11. — Matin : Temp. 37°, pouls 80, resp. 16. — Soir : La malade a été transportée dans la salle commune. Temp. 37°9.

Le 12. — Matin : Deuxième pansement; les douze derniers fils sont enlevés, soit : six superficiels et six profonds. Temp. 37°3. — Soir : La malade, qui n'a pas été à la selle depuis l'opération, a le ventre tendu et sensible; elle ne rend des matières qu'après

trois lavements simples et deux verres de limonade purgative, et après malaxation avec le doigt d'un bol fécal très dur retenu au-dessus du sphincter de l'anus. La température s'est élevée jusqu'à 38° le soir jusqu'au 19 mai; depuis, la température est normale.

La malade, munie d'une ceinture abdominale, sort guérie le 29 mai 1884. Règles le 2 juin.

Le 24 juin 1884. — Mme E... allait très bien à cette date.

Le 28. — Deuxièmes règles.

Le 25 juillet. — Troisièmes règles.

Le 24 mars 1885. — Mme E... est fort bien portante. Ses seins sont développés et elle offre tous les signes physiques et rationnels d'une grossesse de six mois. L'enfant est bien vivant et remue beaucoup.

Le 18 mai 1885, Mme E. fut accouchée par le docteur Vast (de Vitry-le-François). L'enfant était à terme, mais il y avait un rétrécissement antéro-postérieur du bassin, qui rendit inutiles plusieurs applications du forceps et nécessita la version. Malheureusement l'enfant était mort.

Actuellement, 26 mai 1886, Mme E. va très bien, sa cicatrice abdominale mesure 26 centimètres, elle est peu visible, surtout en haut, et il n'y a pas d'éventration, malgré la grossesse ultérieure.

Cette observation offre quelques particularités à signaler : la phlegmatia qui suivit la ponction du kyste ; l'ascite jaunâtre et visqueuse qui s'était développée par suite de l'existence de la tumeur ; la texture du kyste qui nécessita son incision pour l'enlever, et, enfin, la perte sanguine par l'utérus suivant de près l'opération, bien que l'époque des règles fût passée.

Notons encore cette grossesse si tardive, chez une femme deux fois mariée.

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEAU SYSTÈME DES EAUX MINÉRALES DE FORGES (NORMANDIE), par J. LAROUVIÈRE, médecin du roy, édition de 1699, annotée par M. le docteur Thomas CARAMAN. — Paris, 1886; O. Doin.

Je ne connais pas personnellement M. le docteur Thomas Caraman ; mais depuis que j'ai lu son livre, j'aimerais à le connaître. C'est qu'il fait toujours bon de voir des gens heureux qui n'ont pas le bonheur égoïste.

Notre confrère est de ceux-là ; car, dès la préface de ce vieux livre d'un vieux médecin, il nous convie aimablement à partager « le bonheur indicible, inénarrable de « tout inventeur ou régénérateur qui assiste enfin au complet épanouissement de son « œuvre ». Et puis, comment sa joie ne serait-elle pas grande, au moment où « l'aïeule « des stations thermales va de nouveau resplendir au soleil de la renommée ! »

Si la renommée a un soleil, elle possède aussi une trompette. Larouvière, le protégé de Fagon, l'embouchait en 1699 quand, dans son *Nouveau système des eaux de Forges*, il proclamait les mérites de la station thermale, dont il était l'intendant. Le livre actuel est donc une réédition, fort belle typographiquement et intéressante sans doute au point de vue de l'érudition, du fameux livre de ce médecin. N'est-ce pas plus encore? M. Thomas Caraman l'a écrit afin que nul ne l'ignore: c'est une résurrection. Notre confrère la veut complète ; et cette fois, ajoute-t-il, « par des notes insérées en elzévirs » ; il réunit, dans une même page, « l'état nébuleux de la physiologie et de la chimie à « l'époque de l'immortel Molière, et les progrès positifs d'une certitude quasi-mathéma- « tique accomplis de nos jours dans les connaissances chimiques et biologiques. »

Commencé par cette préface qu'inspire l'enthousiasme le plus sincère, cet ouvrage continue par le texte un peu morose de Larouvière et se termine par des pages empruntées à Ed. et J. de Goncourt. Ici, le « soleil de la renommée » s'est enfin levé ! Dans ce tableau littéraire, tout plein de lumière, la plume étincelante des deux écrivains

retrace la vie mondaine à Forges en 1746, auprès du couvent des capucins et auprès de ces eaux « qui guérissaient, en ce temps-là, de toutes choses : de l'ennui du temps, des « vapeurs, d'un mari, d'une ride, d'un veuvage, d'un regret, d'un souci, d'un amour. »

Les naïades normandes, un peu trop délaissées, reviennent donc à la célébrité. Nous en croyons volontiers notre confrère, et nous le remercions de cette œuvre dont il est l'un des auteurs ; car, si les nymphes du pays de Bray avaient pour un temps perdu leurs charmes, elles conservaient cependant toutes leurs vertus pour soulager « le cœur, « les nerfs et l'amour-propre ; toutes maladies dont l'espoir guérit. » — Ch. E.

ESTUDIO SOBRE LA DIFTERIA Y EL CROUP (*Etude sur la diphthérie et le croup*), par MM. les docteurs A. RAMAGUÉ et J.-M. JORGE. — Buenos-Aires, 1886; Biedma.

Les auteurs de ce beau mémoire occupent une situation élevée dans le corps médical argentin, et sont titulaires des services à l'hôpital des Enfants de Buenos-Aires. Leurs paroles et leurs travaux font justement autorité parmi nos confrères de l'Amérique du Sud.

En leur décernant le prix du Concours national de 1884, le Cercle médical argentin avait devancé notre jugement. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, les auteurs ont interrogé plus de cinq cents mémoires spécialement consacrés à la diphthérie. Il rappellent un nombre considérable de cas et d'autopsies appartenant à leur pratique personnelle, et, enfin, consultent des statistiques étendues à une période de neuf années. De la sorte ils établissent, sur des bases solides, l'histoire de la diphthérie, son étiologie, sa pathologie, ses complications, sa prophylaxie, et enfin, au milieu des médications proposées tour à tour, les règles thérapeutiques les plus conformes à l'expérience et à la saine raison.

Le chemin était long, mais sur leur route, les deux observateurs ont su pas à pas suivre le progrès des connaissances médicales dans cette obscure question. Leur livre est un tableau fidèle de l'état de la science ; s'il n'a pas les vertus d'une œuvre absolument originale, il a toutes celles d'une œuvre de bonne foi.

Le travail de MM. Jorge et Ramagué honore le corps médical argentin et son représentant autorisé, le *Cercle médical*. Il méritait donc les lauriers académiques, car il ajoute un rayon à la gloire naissante de la jeune Université de Buenos-Aires, dont les membres ne nous sont pas tous étrangers, puisqu'il en est qui aiment à rappeler sous leur plume les travaux et les noms de nos compatriotes. — Ch. ELOY.

ETUDES D'HYGIÈNE PUBLIQUE, par le docteur Auguste OLLIVIER. — G. Steinheil, éditeur ; Paris, 1886.

Sous le titre d'*Etudes d'hygiène publique* le docteur Aug. Ollivier réunit dans un même volume un certain nombre de communications qu'il a faites dans ces trois dernières années, soit à l'Académie de médecine, soit au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

La fièvre typhoïde, la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la tuberculose, les oreillons, font l'objet de ces différentes communications qui toutes concourent au même but : compléter l'éducation hygiénique des populations en leur montrant le degré de contagion de ces diverses affections, et attirer l'attention des pouvoirs publics sur les mesures capables de soustraire les individus aux influences nocives, de protéger leur santé et leur vie contre la négligence ou la routine. Que de personnes ignorent encore la contagiosité de certaines affections ! Combien d'autres les considèrent comme nécessaires ou inoffensives : un enfant d'une brave concierge a la rougeole, immédiatement elle fait coucher avec lui ses autres enfants, sous prétexte qu'il faut l'avoir et que ce n'est pas dangereux ! Que de familles semblent ignorer que la préfecture de police met gratuitement à leur disposition des voitures spéciales pour le transport des malades à l'hôpital, et combien il est triste, lorsqu'on prend un omnibus passant devant un hôpital d'enfants, de voir de pauvres petits atteints de rougeole, de diphthérie, etc., assis à côté d'enfants bien portants, auxquels ils vont communiquer leur terrible affection grâce à l'ignorance des parents ou à l'inefficacité des mesures administratives !

Plusieurs des études que M. le docteur Aug. Ollivier réunit aujourd'hui en un volume

ont déjà été publiées dans divers journaux de médecine ; aussi n'y insisterons-nous pas davantage. Disons toutefois que sur trois malades atteints d'oreillons, le docteur Ollivier a trouvé deux fois dans la salive et dans le sang les micro-organismes signalés par MM. Capitan et Charrin, et que sur les trois malades il a retrouvé ces micro-organismes dans l'urine ; ils pourraient même persister dans l'urine et la salive un certain temps après la disparition des symptômes morbides.

Parmi les chapitres inédits, le plus intéressant est certainement celui de « la tuberculose à Paris et sa prophylaxie. » Dans une première partie l'auteur rappelle brièvement l'histoire du bacille tuberculeux, il nous montre sa résistance à la dessiccation, à la putréfaction, puisque des crachats injectés à des cobayes 126 jours après leur rejet de la poitrine ont pu déterminer la tuberculose ; il passe en revue les principaux modes de transmission de l'agent contagieux de la tuberculose, par les voies digestives, par les voies respiratoires, il signale l'influence de l'encombrement dans les ateliers, les casernes, les écoles, les hôpitaux, etc. « Combien de malades entrés une première fois à l'hôpital n'ont plus jamais, après leur sortie, retrouvé une santé parfaite ! Combien ont succombé à la tuberculose ! » Dans la deuxième partie de cette étude, le docteur Ollivier indique les moyens prophylactiques à opposer à la transmission de la tuberculose. Il est regrettable que le Conseil d'hygiène ne soit pas allé dans son instruction aussi loin que le lui demandait son rapporteur, il est regrettable qu'il n'ait pas signalé parmi les agents de transmission de la tuberculose, la viande insuffisamment cuite, le lait, etc. en un mot les aliments provenant d'animaux tuberculeux. — Dr Eug. Deschamps.

REVUE DES JOURNAUX

L'action physiologique et la valeur thérapeutique de l'écorce de Panama, par Rudolphe Kobert. — Le polygala de Virginie est estimé en Angleterre aussi bien qu'en Allemagne un des meilleurs expectorants ; l'emphysème, la bronchite chronique, certaines formes de pneumonie chronique sont justiciables de son emploi. Malheureusement le commerce livre des produits très inégaux, et le polygala senega est trop souvent remplacé par d'autres espèces du même genre qui ne partagent nullement ses propriétés thérapeutiques.

Le principe actif connu sous le nom d'acide polygalique ou de sénéguine n'est point une substance définie chimiquement, mais un composé de différents corps parmi lesquels deux glycosides seuls ont une action thérapeutique appréciable. L'un, acide, est précipité par l'acétate neutre de plomb ; l'autre, neutre, par l'acétate basique de plomb. La racine de polygala en renferme en réalité une quantité insignifiante ; une infusion ou une décoction très concentrée, comme 10 ou 15 parties pour 200 d'eau, est nécessaire pour obtenir quelque effet. C'est là un obstacle à son emploi ; rebutés en outre par les fraudes commerciales, beaucoup de médecins ont fini par y renoncer.

L'auteur propose un succédané des plus avantageux, l'écorce de Panama ou quillay savoneux (quillaia saponaria) qui renferme les deux principes actifs du polygala médicinal en bien plus forte proportion, et coûte cinq fois moins cher. L'expérimentation thérapeutique à Halle, Strasbourg, Fribourg, est tout en faveur de cette substitution. La décoction d'écorce de quillay à 5 pour 200 a un goût bien plus agréable que la décoction de polygala, et les enfants préfèrent de beaucoup la première. Un correctif n'est pas indispensable. Les vomissements et la diarrhée résultant de l'intolérance sont beaucoup plus rares. Cependant l'ulcération de la gorge et du canal intestinal forme toujours contre-indication.

L'action physiologique des deux glycosides, qu'on les obtienne du quillay ou du polygala, est identique. Il est vrai que l'expérimentation sur les lapins et les cochons d'Inde ne peut guère porter sur les fonctions et appareils visés en médecine humaine. Les deux glycosides sont pour les animaux à assez faible dose un poison assez actif qui s'attaque au système nerveux et au myocarde. (*The Practitioner*, 1886, I.)

R. L.

BIU Santé

Kératite neuro-paralytique du choléra, par Aguilar y Blanch. (*Cronica medica de Valencia*, février 1886.) — L'oculiste distingué qui pratique à Valence, et à qui il a été donné d'observer tout à son aise les lésions oculaires du choléra, a fait dernièrement paraître sur ce point intéressant un mémoire dont on peut résumer comme suit les conclusions :

1° Le choléra peut déterminer de son fait des troubles de l'appareil de la vision.

2° Ces troubles sont plus communs dans la forme grave rapidement comateuse de la maladie.

3° Les enfants et les sujets ne possédant qu'une faible résistance vitale sont plus particulièrement atteints.

4° L'affection oculaire est caractérisée par une kératite neuro-paralytique qui, dans la majorité des cas, atteint également les deux yeux.

5° Cette kératite suit la marche ordinaire de cette forme de kératite : elle commence par une altération moléculaire des couches cornéennes superficielles qui assument une couleur d'abord blanchâtre, puis jaunâtre, altération présentant plus de tendance à l'extension en surface qu'en profondeur. A cette mortification succède la désintégration centrifuge des éléments intéressés, puis la perforation de la cornée, la hernie de l'iris; enfin, la nécrose totale de la cornée et le phlegmon de l'œil.

6° La nécrose débute toujours par le centre de la cornée, d'où elle s'étend après l'infiltration des éléments.

7° La maladie peut guérir promptement, si on la traite, dès le début, par les moyens appropriés.

8° Le traitement doit consister en fomentations très chaudes, bandage, instillations d'ésérine, iodoforme et toniques. — L. Dn.

Essai de la pureté de la cocaïne. (*Pharmaceutish Weekblad*, janv. 1886.) — La cocaïne peut être altérée par la présence concomitante de l'hygrine et de l'ecgonine. Si on traite la solution de chlorhydrate de cocaïne à froid par de l'acide sulfurique concentré et si on obtient une solution complètement incolore, c'est que le chlorhydrate de cocaïne est parfaitement pur; si, au contraire, la solution est colorée, c'est que le sel est altéré par la présence des alcaloïdes susnommés. — L. Dn.

De la cocaïne combinée à l'atropine comme mydriatique, par Jessop. (*The Lancet*, octobre 1885, p. 659.) — Le docteur H. Jessop rapporte plusieurs cas dans lesquels il a fait usage de la cocaïne et de l'atropine combinées comme mydriatiques, combinaison grâce à laquelle il a pu obtenir une dilatation extrême de la pupille.

Outre cette dilatation que l'auteur considère comme représentant le maximum d'effet que l'on puisse jamais espérer réaliser, il a observé et signalé particulièrement la rapidité et la constance d'action de cette combinaison, le soulagement de la douleur, la diminution de la congestion ciliaire et de la tension intra-oculaire quand celle-ci est augmentée.

Pris séparément, cocaïne d'une part ou atropine de l'autre, aucun de ces deux mydriatiques ne saurait déterminer une mydriase comparable à celle que l'on peut obtenir de leur action combinée. La constriction des vaisseaux de l'iris, la parésie absolue de l'accommodation sont à leur maximum. Cette dilatation pupillaire permet d'éloigner fortement la petite circonférence de l'iris de la lentille cristallinienne, de prévenir la formation de synéchies postérieures ou de les déchirer. Par la constriction vasculaire et l'anémie oculaire que produit le mélange, ces synéchies peuvent disparaître et se résorber.

En tout cas, la cessation rapide de toute douleur après l'instillation de la cocaïne et de l'atropine dans l'iritis permet de se dispenser de l'emploi adjuvant de sangsues ou de vésicatoires. — L. Dn.

Recherche de la strychnine et de ses sels dans les urines. (*The London med. Record*, 15 mars 1886, et *Weekblad. voor. Pharmacy*, janv. 1886.) — Le réactif le plus sensible, pour la recherche de la strychnine, serait le réactif de Sonnenschein, qui permettrait d'en déceler dans les liquides qui le contiennent 1/50,000e de milligramme.

Dans l'urine, on peut constater la présence de la strychnine deux heures après l'absorption d'une dose d'un milligramme de sulfate de strychnine et des traces de cet alcaloïde encore au troisième jour ; de là la possibilité d'accidents d'accumulation.

Le réactif le plus sensible, le plus certain et le plus caractéristique, est une solution acide de sulfate de cérium qui permettrait de déceler la présence d'un centième de milligramme de strychnine. — L. Dn.

Altérations de la peau dans la scarlatine. (*Medtiz, Obozr.*, fasc. XIV, 1885, et *London med. Record*, 15 mars 1886.) — Le docteur L.-B. Maudelstamm de Kazan a examiné au microscrope de nombreux spécimens de la peau pris sur les cadavres de huit enfants ayant succombé au cours d'une scarlatine, soit de collapsus, soit de diphthérie intercurrente, soit de néphrite, etc. Ses conclusions peuvent se résumer comme suit :

1° Contrairement à l'opinion de Thomas et Bohn, qui prétendaient que dans la scarlatine les lésions cutanées étaient superficielles, la peau dans cette maladie subit des modifications importantes et des lésions morbides profondes.

2° Le processus pathologique est de nature inflammatoire; l'inflammation intéressant à la fois la couche cornée, la couche muqueuse, la couche des papilles et la région des faisceaux conjonctifs. Elle se manifeste par une hyperhémie plus ou moins intense accompagnée, dans les cas types, d'œdème du tissu conjonctif et d'infiltration par des éléments lymphoïdes.

3° Les glandes sudoripares ne sont pas épargnées; leur membrane limitante est épaissie, l'épithélium de leur conduit, détruit, vient obstruer de ses détritus homogènes la lumière du conduit, le tissu circumglandulaire est abondamment infiltré de leucocytes.

4° Dans aucun cas, on n'a pu découvrir le *verticillium candelabrum* annoncé par Tschamer, non plus qu'aucune autre espèce de micro-organismes.

Il est à désirer que les conclusions du médecin histologue russe soient confirmées par quelqu'un de nos observateurs français, car elles vont à l'encontre de ce qu'on considère comme les lésions propres de la scarlatine. — L. Dn.

Du microbe de Friedlander dans la pneumonie infectieuse et la méningite cérébro-spinale épidémique, par Pushkareff. (*The London medical Record*, 15 mars 1886.) — Un journal médical de Saint-Pétersbourg (1) publiait naguère le résumé des recherches dont l'intérêt déjà très grand est rehaussé encore par la série de morts que nous avons eu dernièrement à enregistrer par pneumonie infectieuse. Les résultats obtenus semblent confirmer l'opinion répandue que dans les pneumonies infectieuses toutes les complications observées sont le résultat de l'envahissement de l'organisme par le pneumococcus décrit par Friedlander et présenté par lui comme étant le microbe pathogène de la pneumonie infectieuse.

C'est ainsi que Pushkareff annonce avoir retrouvé le coccus de Friedlander dans l'exsudat purulent d'une péricardite intercurrente, dans les produits inflammatoires et les concrétions déposées sur l'endocarde d'un pneumonique atteint en même temps d'endocardite ulcéreuse, tandis que d'autre part, dans un second cas d'endocardite ulcéreuse, mais ressortissant à une septicémie et non à une pneumonie contagieuse, Pushkareff n'a jamais pu retrouver que le *micrococcus en chaines et non le pneumococcus* de Friedlander.

Ayant récemment soumis à l'examen le pus recueilli sur les méninges cérébrales de cinq pneumoniques infectieux morts avec de la méningite cérébro-spinale, il put y constater la présence de myriades de microcoques parfaitement identiques quant à leurs caractères microscopiques au pneumococcus de Friedlander.

Ils se montraient tantôt parsemés isolément, tantôt groupés par paire et plus souvent par quatre. Leur membrane limitante était très nette. Par leur culture on obtient des générations de microbes parfaitement semblables au pneumococcus. Dans le cas de pneumonie simple, le liquide céphalo-rachidien des mailles arachnoïdiennes était parfaitement indemne de tout ferment figuré semblable. Il paraît donc présumable que la

(1) *Ejenedelnaia klin. Gazetta*, 21 avril 1885, p. 264.

©BIU Santé

méningite cérébro-spinale pneumonique est déterminée par le pneumococcus. Toutefois l'auteur s'abstient d'arriver à une affirmation concluante, étant donné qu'il existe un autre coccus morphologiquement très analogue au pneumococcus, mais présentant cette différence avec celui-ci que son inoculation au lapin provoque la septicémie et non la pneumonie croupale comme le pneumococcus de Friedlander.

Le docteur Pushkareff promet la publication prochaine des résultats fournis par les inoculations expérimentales qu'il a commencé à pratiquer en vue de résoudre la question dans un sens ou dans l'autre. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Rapport. — Kystes dermoïdes acquis. — Uréthrotomie interne. — Hystérectomie vaginale. — Présentation d'appareil pour fractures de la jambe.

M. Farabeuf fait un rapport sur une observation de luxation simple de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, et sur une observation de luxation de la phalangine du médius avec plaie.

— M. Paulet (professeur agrégé au Val-de-Grâce) lit un travail intitulé : *Kystes dermoïdes acquis*. Ce travail est basé sur une observation de plaie par instrument piquant de la paume de la main, suivie de l'apparition d'un kyste dermoïde traité et guéri par l'extirpation.

L'examen de la tumeur montra qu'elle était remplie par une matière sébacée, pâteuse, occupant les parois centrales; des lamelles, superposées comme des bulbes d'oignon, tapissaient la paroi du kyste, un examen immédiat permit de reconnaître que la matière pâteuse était constituée exclusivement par des cellules d'épiderme typique. Un examen ultérieur de la cavité a démontré l'existence, sur une coupe de la paroi kystique, de trois couches qui sont de dehors en dedans : 1° une couche conjonctive assez épaisse; 2° une couche plus mince rappelant immédiatement la disposition du corps muqueux de Malpighi; 3° une couche de beaucoup la plus épaisse, constituée par des cellules épidermiques cornées dont les stratifications rappellent celles de l'épiderme normal.

La peau qui recouvre la tumeur est complètement indépendante du kyste; ses glandes sudoripares viennent s'ouvrir à la surface par l'intermédiaire de tubes excréteurs très longs.

— M. Tillaux a la parole pour la continuation de la discussion sur l'uréthrotomie interne. L'orateur fait d'abord ressortir la contradiction qui existe dans l'esprit des chirurgiens au sujet de cette opération. D'une part, MM. Desprès et Le Fort déclarent qu'ils n'ont jamais pratiqué l'uréthrotomie interne et qu'ils ne la pratiqueront *jamais*. D'autre part, M. le professeur Ripoll (de Toulouse) écrit à M. Tillaux que depuis longtemps il a renoncé à perdre son temps dans des essais par d'autres méthodes que l'uréthrotomie interne; il la pratique *toujours*, et d'autres chirurgiens partagent les mêmes idées.

Sans aller aussi loin que M. Ripoll, M. Tillaux pense avec la presque unanimité des chirurgiens que le principe de l'uréthrotomie interne est indiscutable. Cette opération est devenue si commune, on pourrait presque dire si banale et si inoffensive qu'il paraît à M. Tillaux superflu d'insister sur ce point. Aussi se contentera-t-il de formuler son opinion dans quelques propositions concises aussi générales que possible :

1° Le canal de l'urèthre doit, pour fonctionner régulièrement, présenter un calibre de 7 à 8 millimètres de diamètre. Il doit donc recevoir *au moins*, et *facilement*, les nos 21 de la filière Charrière ou 42 de la filière Béniqué. Tant que ce calibre n'est pas atteint, le malade n'est pas guéri et se trouve sous le coup des accidents nombreux qui résultent d'un rétrécissement.

2° Tant que l'urèthre n'a pas acquis son calibre normal, il doit être dilaté.

3° La dilatation graduelle, progressive avec les bougies, est le traitement rationnel et

habituel des rétrécissements de l'urèthre. Il est possible, dans certains cas, lorsqu'on est parvenu à 5 millimètres de diamètre, de restituer au canal son calibre normal dans une même séance en passant la série des bougies Béniqué.

4° Lorsque le canal ne se laisse pas dilater par suite d'une trop forte résistance du tissu cicatriciel, ou par intolérance, il faut l'inciser.

5° La ditatation doit être continuée après l'uréthrotomie pour empêcher la récidive.

M. Championnière a pratiqué l'uréthrotomie interne sur un grand nombre de malades sans voir survenir aucun accident, même lors que l'opération était faite dans de très mauvaises conditions. Cependant il est d'avis qu'il ne faut pas recourir d'emblée à cette opération dans tous les cas de rétrécissement de l'urèthre; il faut, au contraire, la réserver pour ceux qui ne se laissent pas dilater facilement, ou qui se compliquent d'intolérance de l'urèthre. En somme, l'uréthrotomie est une opération facile et dans laquelle les accidents immédiats sont nuls ou presque nuls.

M. Trélat considère l'uréthrotomie interne, non comme une méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre, mais comme un moyen adjuvant de la dilatation. Lorsque le chirurgien rencontre un rétrécissement difficilement dilatable ou un urèthre intolérant, il doit pratiquer l'incision du rétrécissement pour pouvoir continuer et parachever la dilatation. Au reste, l'expérience universelle des chirurgiens a prononcé à cet égard, et depuis vingt-cinq ou trente ans, tout le monde est d'avis qu'il faut préférer de beaucoup l'incision à la divulsion.

La question n'est pas dans la préférence à accorder à la dilatation sur l'uréthrotomie interne, ou réciproquement, mais dans la préférence à donner à la dilatation progressive lente sur la dilatation progressive rapide imaginée par M. Le Fort. Encore une fois l'uréthrotomie interne n'est pas une méthode, mais simplement un moyen adjuvant de la dilatation. Si l'on devait reprendre à nouveau la question de l'uréthrotomie interne qui paraissait cependant complètement jugée par le consensus général des chirurgiens, il faudrait s'attacher à faire ressortir les cas dans lesquels les chirurgiens ont cru nécessaire de recourir à l'uréthrotomie interne, alors que MM. Desprès et Le Fort, par exemple, déclarent n'avoir jamais eu besoin de recourir à cette opération. La question pourrait être ainsi définitivement jugée.

En ce qui le concerne, M. Trélat n'a jamais observé d'accidents sérieux à la suite de cette opération; il n'a vu survenir que quelques légers accès de fièvre toujours efficacement combattus par le sulfate de quinine.

En résumé, pour M. Trélat, l'uréthrotomie interne est de tous les moyens adjuvants de la dilatation, de beaucoup le meilleur, à la condition d'une antisepsie rigoureuse.

M. Verneuil n'éprouve aucun sentiment d'hostilité contre l'uréthrotomie interne ou externe; mais il ne peut entendre dire sans protestation que l'uréthrotomie interne n'est jamais suivie d'accidents. Quand on voit le simple cathétérisme du canal de l'urèthre amener la mort chez des individus atteints de lésions rénales, on se demande comment l'uréthrotomie interne, qui, après tout, produit un traumatisme du canal, aurait le privilège d'être inoffensive. Il faudrait admettre que les malades auxquels on pratique cette opération n'ont jamais de complications du côté des reins, ce qui serait absurde.

Au point de vue de l'innocuité de l'intervention opératoire, dans les cas graves de rétrécissement de l'urèthre, M. Verneuil croit devoir placer en première ligne l'uréthrotomie externe, puis viendrait, au second rang, l'uréthrotomie interne, et enfin la dilatation.

Toutefois, dans les cas ordinaires, M. Verneuil accorde la préférence à la méthode de M. Le Fort, dont il a eu l'occasion de constater les heureux résultats.

M. Trélat répond à M. Verneuil qu'il ne faut pas faire intervenir, dans la question de l'uréthrotomie interne, la considération des altérations rénales; c'est là une complication dont l'uréthrotomie interne n'est pas responsable, pas plus que les autres méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre. Il faut juger ces méthodes en elles-mêmes, et non pas au point de vue des complications plus ou moins graves des rétrécissements auxquels elles sont appelées à remédier.

BIU Santé

— M. Terrier communique la relation d'une quatrième opération d'hystérectomie vaginale qui lui a donné un succès opératoire assez rapide, puisque l'opérée a pu se lever le vingt et unième jour.

La malade, âgée de 44 ans, était entrée à l'hôpital Bichat, le 18 mars 1886, pour y être traitée d'une affection épithéliale du col utérin. Elle avait des pertes blanches séreuses fort odorantes et très abondantes. En outre, elle perdait des caillots volumineux lors de ses époques, toujours régulières; pas de douleurs lombaires; état général satisfaisant.

L'examen par le toucher et le spéculum permit de constater l'existence d'un épithélioma du col utérin remontant à gauche, presque jusqu'aux insertions du vagin. En outre, le cathétérisme de l'utérus montra que cet organe était hypertrophié.

Vu l'état général, vu l'absence de toute induration dans les culs-de-sac latéraux et du côté des fosses iliaques, tenant compte, enfin, de la limitation du néoplasme au col, M. Terrier proposa de faire l'hystérectomie vaginale.

Après avoir préparé la malade par des injections avec la solution de sublimé au millième, faites trois fois par jour pendant douze jours et suivies chaque fois de l'application d'un tampon d'ouate iodoformée dans le vagin, M. Terrier pratiqua l'opération le 30 mars avec l'aide de M. le docteur G. Richelot.

L'opération, faite très méthodiquement et sans incidents, dura près d'une heure et demie. Pansement avec des tampons d'ouate iodoformée placés dans le vagin autour et entre les pinces à pression qui avaient servi à arrêter l'écoulement du sang. Deux tampons d'ouate iodoformée sont placés sur la vulve et maintenus en position par de l'ouate phéniquée et un bandage en T.

Les suites de l'opération furent très heureuses. Le vingt-deuxième jour, la malade put se lever, et le 6 mai, c'est-à-dire 36 jours après l'opération, elle quitta le service.

L'examen histologique de la tumeur pratiqué au laboratoire du collège de France par M. le docteur Poupinel a permis de s'assurer qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé. A gauche, la section paraît avoir porté sur des tissus envahis par le néoplasme; on peut donc craindre de n'avoir pas dépassé les limites de l'altération épithéliale.

M. Terrier profite de l'occasion pour donner des nouvelles de deux de ses opérées. L'une, opérée le 6 mai 1885 et dont l'observation a été communiquée l'an dernier à la Société de chirurgie, a été revue par lui le 23 mai 1886; elle se porte admirablement bien; elle a très notablement engraissé. Au toucher, on trouve au fond du cul-de-sac vaginal une cicatrice linéaire sans l'ombre d'induration. L'examen au spéculum permet de s'assurer que cette cicatrice est parfaite et n'offre aucune trace d'exulcération.

En fait, le résultat reste parfait au bout d'une année.

Une autre opérée, dont l'opération date du 16 novembre 1885, a été revue le 12 mars et le 28 mai dernier, c'est-à-dire plus de six mois après son opération. A cette dernière date, l'état général était excellent. La cicatrice du fond du vagin ne présente plus l'induration suspecte qu'elle avait à un examen précédent. Il n'y a ni ulcération ni le moindre écoulement vaginal; rien dans les fosses iliaques.

En résumé, ces deux opérées sont encore dans un état fort satisfaisant, l'une après une année et l'autre après six mois.

M. Terrier est donc bien déterminé à continuer dans cette voie, malgré les objections souvent purement théoriques qui ont été émises à propos de cette question difficile.

A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 24 mai 1886.

M. Gilson : Des obsessions anxieuses; — M. Blanc : Traitement des affections cardiaques rhumatismales par les eaux d'Aix en Savoie; — M. Huchard : Nouvelle autopsie d'angine de poitrine; — M. Guerbert : Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres médicamenteuses.

M. Gilson rapporte un cas d'*onomatomanie*. Il s'agit d'un cultivateur très intelligent

qui, comme antécédents morbides, ne présente qu'une pneumonie qui donna lieu à des accidents de fonte gangréneuse et guérit. Il y a trois ans, il se mit à rechercher des noms, choisissant toujours les plus difficiles à retrouver, et à les écrire bout à bout. Guéri après trois mois par un voyage, il fut repris il y a peu de temps. C'est alors que je le vis : il présentait, en outre, tous les signes physiques de la mélancolie : constipation, état saburral, sécheresse de la peau, etc... L'onomatomanie, qui fait partie de la folie du doute, laquelle se rattache elle-même au délire émotif de Morel, est considérée par MM. Charcot et Magnan comme spéciale aux héréditaires. L'hérédité n'a ici qu'un rôle effacé, d'après M. Gilson, qui attribue ce symptôme au surmenage cérébral et le compare à *l'imbécillité acquise*. La thérapeutique a consisté dans un repos intellectuel absolu, et dans le traitement des symptômes physiques de la mélancolie : purgatifs, bains de vapeur térébenthinée contre la sécheresse de la peau. Trois semaines plus tard, amendement considérable; le malade ne cherche plus que quelques noms, *quand il est très fatigué*, ce qui, joint à l'efficacité du traitement, est un argument en faveur de l'opinion de M. Gilson sur la pathogénie de l'affection.

M. Blanc lit un travail de candidature : *Du traitement des affections cardiaques d'origine rhumatismale par les eaux d'Aix en Savoie*. Le traitement consiste principalement en douches, sous une pression maximum de 4 mètres, et en massage. La température des eaux est de 34° à 36°. Les conclusions, basées sur neuf ans d'observation, sont les suivantes : L'endocardite récente, ou seulement relativement récente, chez des malades encore en puissance de poussées rhumatismales fréquentes, est heureusement modifiée par les eaux d'Aix; — exceptionnellement, on peut soumettre au traitement des sujets porteurs d'endocardites anciennes, quand les lésions ne créent pas un danger immédiat pour la vie; — jamais en cas d'affection cardiaque d'origine arthritique, d'affection assez avancée pour compromettre immédiatement la vie, ni s'il s'agit d'un sujet de plus de 60 ans.

M. Huchard relate une nouvelle *autopsie d'angine de poitrine*. Il s'agit d'un homme, entré dans son service, à l'hôpital Bichat, en novembre dernier, chez lequel on fit le diagnostic d'artério-sclérose, aortite chronique avec poussée subaiguë, angine de poitrine par rétrécissement ou oblitération d'une coronaire. Traitement : iodure de sodium, à doses progressives, jusqu'à 4 et 5 grammes par jour. Cette médication iodurée, inaugurée par M. Huchard, lui a donné beaucoup de succès. Dans le cas actuel, en deux mois, les accès d'angine de poitrine disparurent presque entièrement, mais la mort n'eut pas moins lieu, déterminée par l'artério-sclérose trop avancée. Autopsie : 1° aortite chronique; 2° lésions récentes, subaiguës de l'aorte; 3° hypertrophie du cœur; 4° oblitération *complète* de l'artère coronaire droite; rétrécissement de la gauche, qui laisse à peine passer une soie de sanglier. Précisément, à ce moment, M. Huchard fit l'autopsie d'un autre malade atteint d'aortite chronique, sans angine, et, conformément à ses prévisions, ne trouva pas de lésion des coronaires.

M. Guerbert, à l'occasion d'une épidémie de coqueluche dans une petite commune, a expérimenté les *insufflations nasales* de la poudre suivante : Acide borique et café torréfié *dd* parties égales. Un peu plus tard, ayant eu connaissance des essais de Michaels, il se servit de la poudre de benjoin.

Les deux poudres lui ont donné les mêmes résultats, tandis qu'une potion au sirop diacode et à l'extrait de belladone n'arrivait qu'à suspendre passagèrement les quintes, les insufflations ont produit des améliorations rapides et durables et prévenu les complications dépendant de la violence des accès. A. L.

FORMULAIRE

Traitement de la syphilis. — Rollet.

A la période primitive de la syphilis, administration du mercure jusqu'à disparition complète du chancre, de l'induration, de la lymphite et de l'adénite. A ce moment, on

BIU Santé

diminue les doses du mercure, qu'on associe parfois au quinquina, aux toniques, et qu'on fait prendre en général pendant trois mois consécutifs. — S'il survient des accidents secondaires légers, tels que des plaques muqueuses au gosier, une syphilide exanthématique, des croûtes dans les cheveux, on prescrit le mercure à doses plus élevées, on ordonne un traitement local, et, lorsque tous les accidents ont disparu, on diminue de nouveau la dose du remède, dont on continue toujours l'usage pendant trois mois. — Au bout de ce temps, qu'il se soit développé ou non des accidents secondaires, le malade, après cette médication par le mercure, est soumis au traitement par l'iodure de potassium, pendant trois ou quatre semaines. Enfin, un peu plus tard, on ordonne une nouvelle cure mercurielle d'environ un mois. — Lorsque le malade ne se présente qu'à la période secondaire, on procède de la même façon. A la période tertiaire, le spécifique par excellence est l'iodure de potassium, qu'on administre pendant un temps, dont on ne saurait à l'avance préciser la durée. On le prescrit tous les deux jours, ou même tous les jours, avec un repos plus ou moins prolongé. En général, on termine le traitement anti-syphilitique par l'usage du mercure. — N. G.

COURRIER

Bourses d'études. — En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du ministre de l'instruction publique les candidats aux bourses d'études instituées près le Muséum d'histoire naturelle.

Les candidats devront se faire inscrire, du 1er au 20 juin 1886, au secrétariat du Muséum ou aux secrétariats des académies dans les départements.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Ferrier, médecin du lazaret de Pauillac, mort à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, et celle de M. le professeur Auspitz (de Vienne), l'un des dermatologistes les plus éminents de l'école d'Hébra, l'un des syphiliographes les plus distingués de l'Allemagne, l'un des fondateurs des *Archives de dermatologie et de syphiliographie* de Vienne. Les journaux de Vienne et de Berlin publient, à l'occasion de sa mort, des articles où l'homme et le praticien sont loués au même titre que le savant. (*Gaz. hebdom.*)

— Dans sa séance de mai, la section piémontaise de la Société royale italienne d'hygiène, réunie à Turin, sous la présidence du professeur L. Pagliani, a procédé à l'examen minutieux de l'*Ordonnance sanitaire maritime*, datée du 18 avril dernier. — Après avoir donné son assentiment à la prescription qui astreint les navires qui font le service des passagers sur le littoral de l'Adriatique et de la Méditerranée, d'avoir à bord un officier de police sanitaire chargé de la surveillance médicale des personnes et de l'inspection et de la désinfection des effets et des marchandises formant la cargaison, la Société a adressé au gouvernement italien des vœux tendant à lui faire révoquer l'obligation pour les navires de subir une quarantaine de sept jours. Cette quarantaine, la Société la considère d'abord comme des plus préjudiciables au commerce et, en outre, comme une mesure superflue et inutile au point de vue hygiénique.

De plus, la Société de Turin saisit cette occasion pour reproduire des vœux déjà émis depuis deux ans par la Société italienne d'hygiène, qui demande au gouvernement d'abandonner et même de proscrire certaines pratiques de défense ne produisant d'autre effet que de faire naître où d'augmenter la panique dans la population (telles que les cordons sanitaires autour des communes, la désinfection postale et les fumigations individuelles).

(*Gaz. méd.*) P. Faure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

J. Lancereaux : Les cirrhoses hépatiques. — II. Bibliothèque : Mémoire sur les épidémies de peste bubonique. — Du spasmodisme opposé à la convulsion. — III. Revue des Journaux : Sur l'action de l'antipyrine. — De l'hérédité du goitre exophthalmique. — Le pichi contre les cystites et la lithiase urinaire. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés : Un souvenir de la Société médicale à Charles Lepère, son conseil et son avocat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les cirrhoses hépatiques (1).

La cirrhose alcoolique commune. (Symptômes. — Evolution. — Indications pronostiques et thérapeutiques.)

Troisième leçon recueillie par M. Besançon, interne du service.

Les troubles digestifs et les pituites précèdent la cirrhose et peuvent la faire prévoir. Ils appartiennent à la fois à l'intoxication qui cause la lésion hépatique, et à la cirrhose. Mais ce qui inaugure vraiment l'affection, c'est l'amaigrissement. Ce symptôme est parfois effrayant par son intensité; en effet, on maigrit souvent plus rapidement dans la cirrhose du foie que dans la tuberculose du poumon ou dans le cancer de l'estomac. En même temps que le malade s'émacie et que ses forces se perdent, sa peau se dessèche; elle devient comme parcheminée. Le visage prend une teinte bistrée, ce qui, joint aux varicosités qui parsèment les pommettes et les ailes du nez, caractérise le *faciès hépatique*.

Bientôt l'abdomen se météorise. D'abord limité à la région sus-ombilicale, le ballonnement gagne ensuite tout le ventre. Les malades se plaignent d'être oppressés; leur respiration est courte; ils se sentent gênés après les repas. Déjà, à cette période, les veines sous-tégumentaires de l'abdomen sont plus apparentes, et, par une percussion soigneuse, on peut reconnaître la présence d'une petite quantité de liquide au niveau des fosses iliaques. Plus tard, la dilatation veineuse s'accuse. Les veines sous-cutanées se dessinent sous forme de quatre ou cinq troncs longitudinaux et parallèles, réunis par des anastomoses transversales. Ce réseau, qui descend depuis l'angle des côtes jusqu'à l'appendice xyphoïde, va se réunir aux veines sous-cutanées abdominales, toujours moins accusées. Les traînées veineuses peuvent être assez volumineuses pour donner lieu à des souffles sous la pression du stéthoscope, ou même à un frémissement vibratoire sensible au doigt.

L'ascite est le gros symptôme de la cirrhose confirmée. Elle peut cependant manquer. J'ai vu autrefois, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui vint mourir de gastrorrhagie, et qui avait une très belle cirrhose atrophique sans ascite.

Comment expliquer de tels cas? Faut-il admettre une communication anormale entre la veine porte et la veine cave inférieure du genre de celle que Claude Bernard a montré exister à l'état normal chez certains animaux, ou seulement un développement plus complet des systèmes portes accessoires? Un fait semble justifier la première hypothèse. Sur mes 95 observations, deux fois, il n'y avait pas trace d'ascite, et, dans ces deux cas, il n'existait pas non plus de dilatations veineuses sous-cutanées.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 avril et 3 juin 1886.

C'est l'ascite de la cirrhose qui fournit le type de la description classique de ce symptôme. En effet, elle est habituellement abondante; le liquide s'accumulant tout d'abord sur les côtés, le ventre est élargi, en même temps que la cicatrice ombilicale se déplisse, le liquide est libre dans la cavité péritonéale, et la sensation de flot s'obtient facilement. Si vous percutez méthodiquement suivant trois lignes partant de l'appendice xyphoïde, et aboutissant à la symphyse pubienne et aux épines iliaques antérieures et supérieures, vous reconnaissez que la limite de la matité forme une courbe à concavité supérieure. L'ascite de la cirrhose diffère de celle qui se lie à une lésion mitrale ou au mal de Bright, en ce que l'œdème des jambes, s'il apparaît, est toujours consécutif.

L'examen du foie est difficile à pratiquer chez les cirrhotiques, à cause du météorisme et de l'ascite. Vous y arriverez cependant en faisant coucher le malade sur le côté gauche, et surtout en y procédant après une ponction évacuatrice. Le champ de la matité hépatique est normal, ou légèrement restreint; mais il peut arriver que le foie déborde un peu les fausses côtes, car l'atrophie, comme vous le savez, n'est pas un signe nécessaire de la cirrhose alcoolique, même dans sa variété commune. Il faut savoir que la matité hépatique est parfois accrue par des membranes épaisses qui doublent le bord libre du foie, ou encore par l'adhérence de l'épiploon à ce bord libre; je vous ai montré un exemple frappant de cette cause d'erreur. L'exploration de la région hépatique est rarement douloureuse; il peut y avoir pourtant une légère sensibilité de l'hypochondre, due à un certain degré de péri-hépatite concomitante; mais la douleur n'est jamais aussi forte que dans les cas d'hyperhémie stasique du foie.

L'ictère est un symptôme exceptionnel de la cirrhose alcoolique commune; par contre, il est très fréquent dans la cirrhose graisseuse. Quand il existe, il doit faire craindre une évolution rapide, les hémorrhagies, l'adynamie et la fin à bref délai. C'est qu'en effet, il répond le plus souvent à une altération cellulaire surajoutée à la lésion du stroma, et vous savez que c'est l'état de la cellule glandulaire qui règle le pronostic dans les affections du foie, comme l'état du myocarde dans les maladies du cœur.

Il ne faut jamais négliger de rechercher, chez les cirrhotiques, l'état de la rate. Le plus souvent, cet organe est augmenté de volume; il mesure, à la percussion, 20 et 22 centimètres dans son grand diamètre, et quelquefois même, malgré l'ascite, en donnant au malade une position convenable, il est possible de sentir son rebord saillant en avant des fausses côtes.

L'état des fonctions digestives est constamment modifié : tous les malades que j'ai observés avaient depuis longtemps des pituites matinales; celles-ci, comme vous le savez déjà, précèdent la cirrhose. Elles subsistent encore durant les premières phases de la maladie, mais elles disparaissent plus tard. Quelques cirrhotiques conservent l'appétit; mais assez ordinairement ils montrent de la répugnance pour certains aliments, les viandes et les graisses en particulier. La langue, un peu sale au début de l'affection, devient ensuite rouge, se desquame, ce qui la rend douloureuse à la déglutition. Plus tard encore, elle se sèche et se fendille, car les cirrhotiques meurent en général avec la langue cornée et les dents fuligineuses. La constipation est ordinaire, avec quelques débâcles diarrhéiques. Les selles ne sont pas décolorées.

Au cœur, on constate souvent des souffles qui sont sans importance et

ne dénotent pas une lésion organique ; ces souffles peuvent siéger le long du bord droit du sternum et à sa pointe, et s'accompagner d'un pouls veineux vrai, comme vous pouvez le voir chez un malade couché au n° 9 de notre salle Piorry.

L'examen des poumons vous révèle souvent les signes d'une tuberculose limitée aux sommets, et en particulier au sommet droit. Je vous ai dit quelle est la fréquence de la tuberculose dans la cirrhose des buveurs ; sachez maintenant que cette tuberculose n'est pas liée à l'affection hépatique par une relation de cause à effet, et que l'une est l'effet direct, l'autre la conséquence indirecte d'une même cause, l'alcoolisme. La tuberculose est commune chez les buveurs, et même chez les buveurs de vin ; elle est la fin naturelle des absinthiques, qui, eux, n'ont pas le temps de faire une cirrhose. En dehors de la tuberculose, il est commun de constater l'existence d'une dyspnée, plus accentuée aux dernières périodes. Cette dyspnée tient en partie au refoulement du diaphragme ; mais parfois aussi elle se rapproche par ses caractères de la dyspnée urémique, et paraît tenir à une toxhémie agisssant par l'intermédiaire du système nerveux, car il est quelquefois possible de reconnaître l'insuffisance de la dépuration rénale.

Les urines des cirrhotiques sont rouges, peu abondantes, chargées d'acide urique et d'urates. Elles prennent une teinte brune par l'addition d'acide nitrique. Avec le progrès de l'affection, elles deviennent tout à fait rares, sans contenir d'albumine. En revanche, le taux de l'urée est toujours considérablement abaissé, et peut être réduit à 5 grammes par litre.

Les troubles de l'innervation sont de deux ordres. Les uns tiennent à l'alcoolisme ; les autres à l'affection du foie. Les désordres nerveux que l'alcoolisme tient sous sa dépendance sont d'habitude peu marqués : la plupart de mes malades avaient fort peu de rêves ou de cauchemars. Encore une fois, il s'agit ici de buveurs de vin, et non pas d'alcooliques ou d'absinthiques.

Les cirrhotiques d'ailleurs ne présentent pour ainsi dire jamais la forme hyperesthésique de l'absinthisme. Les troubles de la sensibilité se bornent chez eux à quelques picotements, à des fourmillements du côté des membres inférieurs, à des crampes dans les mollets, ou encore à un certain degré d'anesthésie sous forme d'une zone limitée au pied et à la jambe (anesthésie en brodequin, en botte). Dans un cas où j'avais noté des troubles nerveux plus graves, l'autopsie révéla l'existence d'une pachy-méningite.

Au terme de l'évolution morbide, on voit apparaître dans certains cas des accidents nerveux n'ayant aucune relation avec l'éthylisme; ils consistent en une prostration invincible, un état adynamique s'accompagnant de subdelirium et quelquefois de faibles crises d'agitation. Tout cet ensemble qui aboutit rapidement au coma final est l'effet ordinaire de la lésion des cellules hépatiques surajoutée au désordre de la trame conjonctive. A propos d'un de nos malades, je vous ai fait ressortir l'importance qu'il y avait à savoir si nous étions en présence d'un délire alcoolique ou d'un délire d'origine hépatique. L'évaluation des risques est, en effet, toute différente. S'il s'agit de cauchemars, d'agitation due à l'intoxication, de *delirium tremens* même, vous pourrez souvent avoir raison du mal à l'aide de médications faciles à employer. Si l'accablement domine, avec adynamie et tendance au coma, le pronostic est bien plus grave et la mort est presque certaine.

En résumé, les lignes principales de l'évolution de la cirrhose atrophique

©BIU Santé

sont les suivantes : pituites et troubles digestifs, amaigrissement, dilatations veineuses et météorisme, et enfin ascite. Quand l'abondance de l'ascite oblige le médecin à pratiquer une ponction, le liquide ne tarde pas à se reproduire, et l'on se trouve souvent dans la nécessité de recommencer.

La durée de la maladie est variable, et toujours assez courte, pour qu'on puisse trouver là un caractère distinctif de haute valeur. De toutes les hépatites prolifératives, en effet, c'est la cirrhose des buveurs qui marche le plus rapidement. Quand je vous parlerai de la cirrhose alcoolique graisseuse, vous verrez qu'elle est quelquefois foudroyante. Ici, pour la cirrhose atrophique commune, la durée est de quelques mois ou d'un an; rarement, elle excède deux ans.

Autrefois, la mort dans la cirrhose semblait être pour ainsi dire la conséquence forcée de l'obstacle mécanique apporté à la circulation. L'abdomen du malade devenait énorme, et sa respiration insuffisante. On ponctionnait, et après chaque ponction le liquide se reproduisait et le malade s'affaiblissait; finalement, l'asphyxie faisait des progrès, et la mort survenait dans l'affaissement le plus absolu. Aujourd'hui, cet état de choses n'a pas notablement changé; toutefois, nous devons ajouter comme pouvant contribuer à la mort la coexistence de la tuberculose et la surcharge graisseuse du cœur. D'autre part, le malade succombe par le foie, quand, à la suite de l'envahissement cellulaire, surviennent des hémorrhagies (épistaxis, melæna ou hématémèses), l'élévation de la température, des troubles nerveux, en un mot ce qui caractérise l'ictère grave secondaire. La terminaison peut encore être hâtée par un érysipèle développé autour d'une des piqûres qui résultent des ponctions répétées.

Depuis quatre ou cinq années seulement, il m'arrive fréquemment de voir guérir les cirrhotiques. Peut-être est-ce une série heureuse. Toutefois je suis plutôt tenté de rapporter ce résultat au traitement que je mets en usage. C'est à Saint-Antoine que j'ai observé le premier cas de ce genre. Depuis j'ai soigné en ville un garçon de 24 ou 25 ans, arrivé à un état d'amaigrissement excessif, sans graisse ni muscles, la peau sèche, la langue rouge, avec une ascite énorme, des dilatations veineuses et de l'œdème des jambes. Je le soumis à un régime lacté et à l'emploi de l'iodure de potassium. Au bout de quelques jours, l'état général devint meilleur. Une ponction évacua 12 ou 13 litres de liquide. L'ascite se reproduisit, puis disparut. Le malade se remit à manger. C'était en 1883. Il y a trois semaines, j'ai revu ce malade : la guérison s'est maintenue, et l'embonpoint est actuellement notable.

Quelques autres cas semblables se sont présentés depuis lors à mon observation; je vous ai exposé l'histoire pathologique de ce malade que vous avez vu au n° 39 de la salle Piorry, et qui est sorti dernièrement dans un état très satisfaisant.

Autrefois, on combattait l'ascite par les purgatifs et les diurétiques. On fatiguait le malade, et c'était tout. Ces moyens ne sont indiqués qu'à la dernière période, quand il y a de l'insuffisance rénale. Les révulsifs, cautères, vésicatoires, pointes de feu sur la région du foie, restent sans efficacité.

Le traitement est simple, comme doit l'être tout traitement. Il comprend deux éléments : le régime et le médicament. Le régime, c'est celui du lait. Les malades que j'ai vus guérir avaient été soumis au régime lacté exclusif. C'est vraiment là un moyen d'une efficacité réelle. Pourquoi? Comment? Il

est difficile de le préciser. Le lait, en tout cas, suffit à nourrir le malade. Il est facilement digéré, et généralement bien accepté.

Le médicament, c'est l'iodure de potassium. Il faut l'administrer le plus tôt possible à la dose de un à trois grammes. On a été conduit à donner ce médicament par analogie, et en ayant égard à sa merveilleuse action sur les dépôts syphilitiques, mais, dans la syphilis, les éléments de nouvelle formation tendent moins à s'organiser définitivement que dans la cirrhose alcoolique. Les cellules embryonnaires qui constituent les nodules gommeux n'ont qu'une très faible tendance à faire place à un tissu conjonctif adulte, et alors les chances de guérison sont d'autant plus grandes.

Comme moyen adjuvant, n'omettez pas l'hydrothérapie sous forme de lotions fraîches et de douches sur la région du foie. Vous verrez ce mode de traitement prendre une importance capitale dans la cure de la cirrhose impaludique.

BIBLIOTHÈQUE

MÉMOIRE SUR LES ÉPIDÉMIES DE PESTE BUBONIQUE, par M. le docteur J. MAHÉ. — Paris, 1886 ; O. Doin.

Nul n'était mieux autorisé à écrire cet intéressant mémoire que le savant hygiéniste qui représente, à Constantinople, la médecine française et les intérêts sanitaires de notre pays. M. Mahé possède la connaissance des choses de l'Orient ; aussi devait-il se tirer avec succès d'une monographie des épidémies contemporaines de peste bubonique.

Ce mémoire mérite l'attention à un autre point de vue, celui des dangers d'une extension nouvelle de cette maladie, « que l'on s'est trop hâté de vouloir reléguer dans le « domaine des maladies éteintes ou disparues. »

M Mahé recommande la surveillance attentive de ses apparitions presque annuelles dans le Kourdistan et dans l'Irak-Arabie, considère le maintien des cordons sanitaires autour des localités contaminées comme une mesure justifiée par les succès obtenus en Russie et dans l'Irak-Arabie, enfin démontre les avantages des règlements sanitaires français de l'année 1876. Notre confrère termine en établissant l'impossibilié de désinfecter les navires avec leurs cargaisons, « étant donnés nos moyens douteux, précaires, « coûteux et difficiles, sinon impossibles à manier et à appliquer à tous les cas. Que l'on « se représente bien les énormes espaces de six à dix mille mètres cubes et plus de « capacité, dont la majeure partie est bondée de marchandises, de vivres...., comme « les grands steamers, et l'on conviendra que le déchargement sanitaire et la désinfec- « tion de pareilles masses sont... hors de nos moyens et de notre portée. » On peut juger, par cet aveu, de la sincérité de l'auteur et de la sûreté de ses observations.

C. E.

DU SPASMODISME OPPOSÉ A LA CONVULSION, par M. le docteur DE FLEURY, professeur à la Faculté de Bordeaux. — Bordeaux, 1886.

Dans ce mémoire, M. de Fleury établit les caractères différentiels du spasme et de la convulsion, contrairement à l'opinion de Chomel qui considérait ces expressions comme synonymes. L'épilepsie lui donne le type de la convulsion, et les contractures hystériques le type du spasme.

Dès lors, M. de Fleury impose la dénomination générique de spasmodisme aux états nerveux qui ont pour origine une excitation médullaire. Il est vrai que les intimes connexions anatomiques du cerveau avec la moelle ne justifient pas en fait cette distinction d'origine. Néanmoins, il la met à profit pour la thérapeutique et recommande contre le spasmodisme un composé de l'allyle ; le tribromure d'allyle qui possèderait des vertus anti-spasmodiques puissantes et qu'il administre à la dose de une à cinq gouttes en solution dans un demi-gramme d'éther. On peut remplacer ces injections sous-cutanées

©BIU Santé

par l'administration du médicament en capsules. Sous son influence, M. de Fleury a vu, dit-il, des accidents nerveux disparaître rapidement. Il attribue au médicament l'avantage de ne pas provoquer de troubles gastro-intestinaux comme le chloral et les dérivés éthyliques. Au point de vue thérapeutique, les essais de notre confrère bordelais sont dignes d'attention. Qu'on adopte ou qu'on repousse les considérations théoriques dont il les appuie, les faits qu'il produit méritent une vérification expérimentale. — C. L. D.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'action de l'antipyrine, par M. Blanchard. — Ce médicament a donné à notre confrère suisse des résultats comparables à ceux du salicylate de soude, en l'employant aux doses de 4 et de 6 grammes contre le rhumatisme. Il lui a été plus utile contre la pneumonie infantile que contre celle des adultes. A la dose de 1 à 2 grammes, il en a retiré des avantages pour modérer l'état fébrile dans la bronchite, les angines, la grippe et les embarras gastriques. Par contre, les résultats que l'antipyrine lui procurait dans le traitement de la fièvre typhoïde étaient médiocres et toujours inférieurs à ceux de la balnéation, qui n'agit pas seulement contre l'hyperpyrexie, mais modère encore les autres phénomènes morbides. (*Revue méd. de la Suisse romande,* 15 mai 1886, p. 281.)

C. L. D.

De l'hérédité du goître exophthalmique, par M. Wild. — La série de faits que cet observateur fait connaître confirme une fois de plus le rôle des influences héréditaires dans l'étiologie de cette affection. Une femme de 35 ans, atteinte depuis trois ans de goitre exophthalmique, a une sœur âgée de 28 ans, est en puissance de la même affection et présente les lésions initiales de la phthisie pulmonaire. Sa seconde sœur, qui était aussi atteinte de la maladie de Basedow, a succombé à 30 ans à la tuberculose et la mère de ces trois filles, qui mourut de phthisie à 42 ans, avait présenté aussi les symptômes du goître exophthalmique. (*The British med. Journal,* 29 mai 1886, p. 1021.)

C. L. D.

Le pichi contre les cystites et la lithiase urinaire, par Hal. L. Wyman. — Le pichi (*Fabiana imbricata*) a été employé dans ces derniers temps par M. Wyman contre la cystite blennorrhagique, la cystite calculeuse et la rétention d'urine. Cet observateur l'a prescrit sous forme d'extrait fluide à la dose de 15 à 20 gouttes et a vu ce médicament diminuer le ténesme et la douleur vésicale. En même temps, les urines se chargeaient de phosphates et dégageaient une odeur spéciale.

Par son association aux sels potassiques, le pichi aurait la propriété de dissoudre les urates. A cet effet, M. Wyman prescrit un mélange à poids égal de nitrate de potasse et d'extrait fluide de pichi. (*The therapeutic Gazette,* 15 avril 1886, p. 222.) — C. L. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

[Séance du 8 juin. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Weber, pour la section de médecine vétérinaire;

2° Deux lettres de remerciements de MM. Paulet (d'Alger) et Wasseige (de Liège), récemment nommés correspondants de l'Académie;

3° Une lettre de M. le docteur Liouville, député, qui adresse à l'Académie le texte de deux amendements déposés par lui sur le projet de budget pour l'année 1887, en préparation. Ces deux amendements visent : 1° la vaccination et la revaccination avec le vaccin de l'homme ou de l'animal à l'Académie de médecine. M. Liouville voudrait faire porter de 7,800 à 10,000 francs la somme affectée à ce service. — 2° Les inoculations

des liquides spéciaux employés pour combattre les maladies transmissibles. M. Liouville propose de porter de 50,000 à 100,000 francs la somme affectée au service de la médecine gratuite dans les départements, et d'employer cette somme à la création d'instituts spéciaux de vaccination humaine et animale, et d'inoculations destinées à combattre les maladies transmissibles.

M. Vidal présente, au nom de M. le docteur Feulard, un travail intitulé : *Teigne et teigneux*. (Prix Vernois.)

M. Alfred Fournier offre en hommage un volume intitulé : *La syphilis héréditaire tardive*; leçons professées à la Faculté de médecine de Paris.

M. Cornil offre en hommage un exemplaire de la 2e édition de son ouvrage intitulé : *Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, en collaboration avec le docteur Babès.

M. le Président appelle successivement un certain nombre d'orateurs inscrits. Aucun ne répondant à l'appel, M. le Président annonce que l'Académie va se former en comité secret pour entendre la lecture de MM. Laboulbène et Lannelongue sur les titres des candidats à la place de membre correspondant.

— La séance est levée à trois heures et demie.

VARIÉTÉS

UN SOUVENIR DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE A CHARLES LEPÈRE, SON CONSEIL ET SON AVOCAT.

Par le docteur Emile Duché, secrétaire général.

Ce n'est pas une biographie que nous voulons offrir à nos collègues, cette ambition ne nous appartient pas; la vie de Lepère s'est partagée en deux périodes bien distinctes : la première purement professionnelle et littéraire; la seconde essentiellement politique et administrative; c'est de la première seulement qu'il convient de vous entretenir aujourd'hui.

Né à Auxerre en 1823, il appartenait à une ancienne famille de notre cité. Son aïeul, avocat au parlement, paraît s'être rallié franchement au mouvement de 1789, tandis que son père, avocat estimé du barreau de sa ville natale, se fit remarquer par son attachement inviolable aux idées légitimistes. — Charles commença ses études au collège d'Auxerre et dut les terminer par la volonté paternelle, chez les jésuistes de Fribourg. Cette éducation moralement bifurquée avait laissé des inquiétudes dans son esprit subtil et ouvert aux aspirations de plus d'un genre. A ce propos, il me disait un jour : « Je suis encore tiraillé par deux courants contraires, et je ne puis oublier les idée religieuses que j'emportai de Fribourg... Je ne sais trop si je n'y reviendrai pas ! — Bah ! lui répondis-je, la grosse affaire, c'est de se montrer honnête homme, le reste est un résultat de nos tempéraments. » Lepère avait 28 ans à cette époque; vous voyez que j'étais alors plus libre-penseur que lui-même.

Ses études universitaires avaient été assez sérieuses pour qu'il pût tenter un concours à l'Ecole polytechnique; découragé dès le premier échec, il prit le parti de continuer la tradition de sa famille, et il suivit le cours de l'Ecole de droit. La vie d'étudiant à Paris ne laisse ordinairement de souvenirs qu'à l'étudiant lui-même. Qui de nous n'a regretté ces charmantes années printanières où viennent s'épanouir nos premières espérances et nos premiers bonheurs? Charles Lepère, en quittant la capitale, outre ses souvenirs intimes, y laissait une chanson qui avait, sans qu'il s'en doutât, fait son chemin sur la rive gauche de la Seine : c'était la *Chanson du vieux quartier latin*. Nous ne nous arrêterions pas à cette bluette éclose dans un estaminet, si elle n'avait eu un retentissement dont les échos viennent se heurter jusqu'à la porte du chansonnier devenu ministre.

L'histoire de cette chanson est tout une odyssée; nous abrégerons le récit de ses

CIU Santé

péripéties, car il ne faut pas abuser des bonnes choses. Lepère a raconté lui-même dans une lettre à Vallès, qu'en décembre 1846, après une soirée d'étudiants assez nourrie des fumées de toute provenance, il s'était réfugié avec trois camarades, à six heures du matin, au café-restaurant Dagnaux, de la rue de l'Ancienne-Comédie, pour y déjeuner en partie carrée, et que là, après une longue conversation sur la tendance qu'avaient certains étudiants à déserter le quartier latin pour descendre au faubourg Saint-Germain et même pour passer sur la rive droite, le vin de Chablis aidant, l'inspiration lui était venue.

Au surplus, laissons-le parler lui-même : « Mes amis, à ce propos, s'indignaient et criaient si fort que, pour me mettre à leur diapason, j'entonnai sur l'air : *Dis-moi, t'en souviens-tu?* la complainte en question dont j'improvisai trois couplets, je ne sais plus trop lesquels. J'en aurais peut-être improvisé quatre si le père Dagnaux, éveillé par ce chant matinal, n'avait jugé à propos de mettre une sourdine à ma lyre, en gourmandant ses garçons de nous avoir servi un déjeuner à cette heure indue. Le lendemain, mes amis qui conservaient un vague souvenir de mes couplets, m'engagèrent à les retoucher et à les faire suivre de quelques autres. Je repassais alors un second examen de droit que j'avais, quatre mois avant, subi avec un succès négatif. Je m'étais volontairement mis aux arrêts, dans une petite chambre que j'occupais en face du passage du Commerce... Là, quand le Code de procédure me sortait par les yeux, j'allumais ma pipe et j'écrivais, tant bien que mal, un nouveau couplet, j'en commis douze. C'est ainsi que je perpétrai cette chanson qui, dans ma pensée, ne devait pas sortir du cercle de ma camaraderie, mais que bientôt j'entendis chanter dans les rues du quartier. Je n'en réclamai ni n'en désavouai la paternité, la chose me paraissant sans aucune espèce d'intérêt, mais j'en étais assez notoirement l'auteur pour qu'un an après, au banquet du Collège d'Auxerre chez Deffieux, le président de ce banquet, l'illustre docteur Roux, m'ait invité à la chanter au dessert. Il fallut m'exécuter, ce qui m'était d'autant plus désagréable que je suis affligé d'une timidité remarquable et d'une voix fausse comme un jeton. »

A quelque temps de là, la fameuse chanson parut dans deux recueils publiés l'un par un sieur Choux, l'autre par Antoine Watripon, sous le titre : *Chants et chansons de la Bohème*. Ce dernier éditeur se disait l'auteur de la chanson et avait ajouté un couplet final. « Je supposai, dit Lepère dans cette même lettre à Vallès, que ce couplet valait à lui seul tous ceux qui le précédaient, et que je devais me tenir honoré de voir, grâce à lui, mes pauvres rimes au soleil de la publicité, sous le nom d'un homme de lettres! Je savourai licencieusement ma petite gloire pseudonyme. »

Il paraît que, plus tard, un procès en contrefaçon fut intenté à Choux par l'éditeur Watripon. Ces messieurs plaidaient sur la propriété de la *Chanson du vieux quartier latin*. Pierre Larousse, dans son grand dictionnaire, l'attribue à Watripon, et en donne même une version qui diffère notablement de celle en douze couplets, éditée chez Gallot, en 1860, par Charles Lepère lui-même.

Ce dernier n'osa pas intervenir dans le procès en faveur de la vérité.

« La chose en eût valu la peine, écrit-il, que je me serais bien gardé de le faire, j'avais tout justement alors à plaider devant la Cour de Paris un procès assez sérieux. Jugez de l'accueil qu'aurait pu recevoir à la barre de la Cour Impériale un avocat qui aurait signé de son nom, dans les journaux judiciaires, la déclaration d'une chanson d'assez mauvais ton, d'un dithyrambe en l'honneur des gouapeurs et des étudiants à béret rouge. Je me tins coi. »

Le tribunal, dans sa perplexité, après les parties entendues, décida que la propriété de la chanson du vieux quartier latin était *incertaine* et les demandeurs furent condamnés aux dépens.

. . . . . .

Pour en finir, répétons ce que Lepère disait au début de sa lettre à Vallès : « Hélas! oui, monsieur, c'est moi qui suis l'auteur de la *Chanson du vieux quartier Latin*, et c'est vous dire qu'il y a vingt ans que j'étais jeune. Je ne suis pas de ceux qui, ne pouvant plus l'être, veulent ne l'avoir jamais été. »

De mon côté, messieurs, en vous rappelant tous ces détails un peu frivoles, je crois

n'avoir pas besoin d'excuses. Je m'adresse à un auditoire composé d'anciens étudiants qui tous ont été jadis les jeunes hôtes du vieux quartier latin ; de tels souvenirs ne sont jamais reniés par ceux qui ont encore la mémoire du cœur et de l'esprit qu'ils possédaient à vingt ans.

En 1851, Charles Lepère se fit inscrire au barreau d'Auxerre, il y fit son stage et quelques années plus tard, il prenait place parmi les avocats les plus appréciés de sa ville natale.

. . . . . .

Tout en s'acquittant sérieusement de ses devoirs professionnels, Lepère s'initiait tout doucement à la vie auxerroise, à ses traditions, à ses plaisirs dont il se fit, un beau jour, le spirituel historiographe. Son premier feuilleton parut dans le journal l'*Yonne* en janvier 1853, sous le titre de *Vue d'Auxerre prise au cercle littéraire*. Ce préambule est une promenade fantaisiste dans le casino du cru où il sème avec profusion les épanouissements de sa verve gauloise. Sous le pseudonyme de Sommeville, il crayonne d'un trait la silhouette des habitués du lieu ; il ne craint pas de s'y peindre lui-même, sous ce plaisant verbiage... « Voici l'auteur anonyme du vieux quartier latin, cette chanson que nous avons vu naître il y a longtemps déjà, à six heures du matin, par un jour de neige. Hélas, c'est maintenant un homme grave de peu de cheveux et de beaucoup de menton, qui daigne à peine sourire, quand on évoque devant lui les souvenirs du bois de Meudon et des lapins sautés. Il ne reste du vieil homme que cette maladie constitutionnelle du coq-à-l'âne qui se révèle par une éruption quotidienne de calembours de tous les genres, calembour simple et composé, calembour par à peu près, calembour à queue, calembour à série, etc... c'est du reste le sphynx du cercle ; les rébus de l'*Illustration*, du *Charivari*, du *Journal pour rire*, n'ont point de secret pour lui. Le malheureux, il en est fier. » Ce premier essai fut très goûté des Auxerrois et Sommeville fut sommé de poursuivre ce véritable succès, ce qu'il fit dans le même journal par la publication du *Courrier d'Auxerre*, qui paraissait tous les mois et qui valut à Sommeville la réputation bien acquise d'un charmant causeur et d'un vaillant esprit. Un beau jour, il lui prit fantaisie de se souvenir qu'il était poète à son heure et il offrit son courrier en vers qui méritent de ne pas être oubliés, d'autant mieux qu'ils font un peu partie de son histoire : en voici quelques strophes :

Le vers, c'est le corset que l'on met à l'idée,
C'est le moule où l'on coule en bronze une pensée,
Mais il est plus d'un moule où l'on verse du plomb,
Et combien de corsets soutiennent... du coton !
Ma foi, de ce quatrain les rimes sont peu riches,
En revanche, l'idée est assez pauvre... — Mais,
Considère, ô lecteur, que l'auteur n'a jamais
Jusqu'ici qu'une fois commis des hémistiches !
C'était en 18.. Ah ! comme on se fait vieux !
J'étais fort amoureux d'une jeune apprentie,
Qui ne fut amoureux une fois dans sa vie ?
Et puis j'étais mineur et j'avais des cheveux !
Je rimais... car le vers est, comme la rougeole,
Un mal qu'on ne craint plus dès que l'on devient grand,
Mais qui vous prend encore au sortir de l'école,
Quand on aime... aimer, c'est redevenir enfant !
Je glissai donc des vers aux mains de cette infante,
Qui débutaient ainsi de façon fort galante
Je n'ai jamais aimé, mais l'amour, cette fois,
M'enchaîne à votre char et me dicte des lois !
M'enchaîner à son char ! L'amour de la figure
Etait, je crois, ici, poussé jusqu'à l'abus.
Car je chantais aux pieds d'une élève en couture
Qui n'avait de ses jours monté qu'en omnibus !
Aussi le lendemain quand, devant la boutique
Avec un air vainqueur je passai par hasard,
Je me vis accueilli par un rire homérique
Et j'entendis ces mots : Lise, où donc est ton char ?

©BIU Santé

Du coup, je fus guéri des vers et de Lisette.
Je sus d'ailleurs depuis que cette belle avait
Au char en question attelage complet
Et qu'il aurait fallu me mettre en arbalète.
J'ai, disais-je, une fois fait des alexandrins,
Une seule !... J'en ai menti comme un dentiste !
Et je confesse encore trois malheureux quatrains
Qui furent couronnés d'un succès non moins triste.
Je soupirais encore, mais pour le bon motif,
Et, pour charmer un peu les loisirs de mon stage,
J'enfourchai de nouveau mon Pégase poussif
Qui galopa jusqu'à la moitié d'une page ?
Mais sais-tu bien, lecteur, ce qu'il m'en a coûté ?
Devine si tu peux ; dis-le, si tu devines !...
Je reçus mon congé... parce que j'imagine
Que j'aurai, dans un mot, faussé la quantité...

Il s'agissait, en effet, d'un mariage pour Charles Lepère avec une de mes proches parentes, mariage riche qui semblait prendre une tournure favorable, quand survint inopinément le congé ci-dessus. Il est peu probable que les vers du futur en aient été la cause; il les tournait assez bien pour satisfaire une jeune pensionnaire nouvellement sortie du couvent des Ursulines... On n'a jamais su le mot de l'énigme.

Charles, un peu contristé, jura qu'on ne l'y prendrait plus, et il tint parole. Cette résolution ne fut pas sans avoir pesé d'un grand poids sur le reste de son existence.

A l'époque où les courriers d'Auxerre avaient le succès le plus décisif, en 1857, parut un almanach nouveau sous le nom du *Bourguignon salé*. On en attribue la paternité à Charles Lepère, qui en fit le déversoir de ses bons mots et de ses calembours devenus classiques. Les premières années de ce recueil sont très recherchées, parce qu'elles passent pour avoir été publiées sous sa direction.

Tout ce brio fantaisiste semi-littéraire, semi-artistique, semi-bouffon avait attiré auprès de Lepère un groupe assez considérable d'amateurs de tous genres qui subissaient la contagion de l'exemple. On se réunissait au cercle, et souvent dans un salon plus intime. On causait, on fumait, on jouait : l'amphytrion de ces réunions à tous crins voulut enfin utiliser tous les comparses de la pièce qu'il avait montée sans s'en apercevoir... Le *Propagateur de l'Yonne* fut créé en 1864.

Ce journal eut un succès véritable pendant huit à dix mois.

Il était à la fois judiciaire, agricole, scientifique, artistique et littéraire; c'était beaucoup pour une si petite arène. Les plus fortes têtes de la nouvelle association griffonnèrent à qui mieux mieux des articles plus ou moins risqués sous les pseudonymes de Bacot, de Leduc, de Joseph Picard, de Pierre Grévigoire, d'Orgon, d'Apuntador, de Morizot, de Breton, de Jacques Rustique, et beaucoup d'autres. Quelques-uns de ces masques sont encore debout, nous n'avons pas le droit de soulever le voile. D'autres, tels que le docteur Rémy Buriot, Privé Fondreton, Louis de Connevin ont disparu. Sommeville y continua les courriers d'Auxerre avec un courage digne d'un meilleur sort. En effet, le 1er janvier 1866, le *Propagateur* parut encadré de noir; il faisait part au public de son dernier soupir. Il avait vécu deux ans. Il s'accusait, en mourant, d'avoir voulu satisfaire trop de monde et de n'avoir satisfait personne : *Ah! si seulement il eût voulu, de plus, être politique! il eût eu le droit d'être tout sans être rien!* ajoute le rédacteur. — Mais vous, tout le premier, Sommeville, reprend un interlocuteur, vous aviez beaucoup promis, qu'avez-vous tenu?... — Ce que j'ai tenu, mais je crois bien que j'ai tenu la queue de la poêle!... Toujours naïve et charmante, la philosophie de ce pauvre Charles Lepère !

Comme avocat et conseil de la Société médicale, il a formulé quelques consultations juridiques et donné quelques renseignements utiles pour la répression du charlatanisme. Notre Société, encore jeune et pleine d'illusions généreuses, avait rêvé de refaire de l'ordre et de la justice autour du corps médical de son département en intimidant les guérisseurs de toute farine et les rebouteurs de toute provenance. Elle a bientôt compris qu'en présence des lois débonnaires et des pénalités dérisoires opposées aux méfaits

parfois effrayants du charlatanisme, il valait mieux s'abstenir, c'est ce qu'elle a fait. Notre avocat nous avait à peu près conseillé cette résolution dernière, et, pour nous consoler, s'était borné à venir de temps en temps s'asseoir à notre banquet annuel, où nous étions heureux encore de l'entendre donner cours à l'expansion de sa verve gauloise et de sa charmante camaraderie.

Il serait long d'énumérer ici toutes les publications sorties de la plume de Charles Lepère; il a un peu touché à tout dans la littérature, dans les arts, dans les sciences industrielles, dans la politique. Il était toujours à la hauteur de son sujet. On ne retrouve que çà et là, éparpillés dans les feuilles départementales, les causeries, les revues, les discours où pétillaient les étincelles de son esprit, où s'épanchaient les générosités de son cœur.

Ne serait-il pas possible d'espérer qu'une main pieuse et dévouée vînt recueillir en un faisceau tous ces fleurons épars, et voulût bien les publier en un volume qui serait une offrande et un souvenir pour sa ville natale et pour ses amis?...

On a beaucoup parlé de Lepère pendant sa vie et après sa mort dans les journaux de toutes couleurs; il était sorti d'une position relativement obscure et s'était improvisé subitement homme politique. Au Parlement, il avait surpris et charmé; de puissantes amitiés l'entouraient, l'encourageaient, le poussaient en avant; soit timidité, soit modestie, il résistait d'abord, puis une fois lancé, il dépassait de beaucoup ce que l'on semblait attendre. C'est ainsi qu'il devint une personnalité considérable à la Chambre, et qu'il fut appelé successivement à la vice-présidence, à deux ministères; sa santé se minait lentement sous la pression d'une vie si tourmentée; un travail souvent excessif, des distractions parfois plus fatigantes encore, finirent par avoir raison de sa constitution généreuse. Sa mort fut aussi prompte qu'inopinée. Un érysipèle vint le saisir quelques jours après la session du Conseil général; le diabète avait depuis longtemps déprimé ses forces et altéré ses fonctions organiques, la gangrène termina fatalement l'évolution de sa maladie que l'on croyait bénigne au premier jour.

Vous savez, Messieurs, le deuil profond et sincère que répandit la nouvelle de sa mort. Personne plus que lui n'avait su se concilier autant de sympathies; ses adversaires même les plus ardents ne pouvaient s'empêcher de rendre justice aux qualités charmantes de son esprit et de son cœur. Comme l'a répété l'un de ses vieux amis au dernier banquet des élèves du Collège d'Auxerre : « Il n'avait jamais fait de mal qu'à lui-même. »

FORMULAIRE

LOTION CONTRE L'ALOPÉCIE EN PLAQUES. — Tilbury Fox.

Teinture de noix vomique.....	15 grammes
Teinture de cantharides.....	10 —
Glycérine.....	10 —
Vinaigre distillé.....	15 —
Hydrolat de roses.....	180 —

Mêlez. — Pour lotions sur le cuir chevelu, dans le cas d'alopécie en plaques. — Si l'on découvre des spores de parasites à la racine des cheveux, on badigeonne, le soir, avec la solution suivante :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 05 centigrammes
Hydrolat de roses.....	15 grammes

COURRIER

MUSÉUM. — M. le docteur Henri Gervais, aide-naturaliste, chef des travaux anatomiques, fera pendant les mois de juin et de juillet, dans les galeries d'anatomie comparée, des démonstrations d'ostéologie. Elles seront consacrées à l'étude du squelette des mammifères.

©BIU Santé

Ces démonstrations commenceront jeudi prochain, 10 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, et continueront les mardis et les jeudis suivants à la même heure.

— M. Bernard Renault, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dans l'amphithéâtre de géologie, les jeudis 10 et 17 juin 1886, à une heure de l'après-midi, une leçon sur l'organisation comparée des tiges équisétiformes.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 20 mai 1886 sous la présidence de M. A Duverger, professeur à la Faculté de droit de Paris.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le docteur Motet, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Boyer et Bouchereau, et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille d'argent à M. Marambat, des médailles de bronze à MM. les docteurs Séjournet et Legendre, 500 francs répartis entre MM. Julien Bottet, procureur de la République, le docteur A. Barrabé, Français Delattre et le docteur A. J. Devoisins; 168 diplômes de membre associé honoraire, 6 médailles d'argent, 180 médailles de bronze, 11 livrets de caisse d'épargne postale (115 fr.) et 556 diplômes de témoignages de satisfaction, 157 volumes de ses bulletins, 116 exemplaires de l'*Essai sur l'intempérance*, de M. Edmond Bertrand, 115 manuels Picard, 20 exemplaires de la Conférence Homais, 205 exemplaires du mécanicien Gerbal, de M. Paul Timon, et 1,020 exemplaires des années 1880 à 1885 du *Bon Conseiller*, publié sous son patronage.

Société de biologie. — *Prix Ernest Godard 1886.* — La Société de biologie rappelle que le prix Ernest Godard, dont la valeur est de 500 francs, sera donné dans le courant du mois de janvier 1887 « à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. »

Les mémoires peuvent être envoyés au secrétaire général de la Société de biologie jusqu'au 30 août 1886.

Les égouts de Londres. — On parle souvent du système adopté à Londres pour l'évacuation des immondices, et les partisans du *tout à l'égout* ne manquent pas de rappeler qu'en Angleterre ce mode de vidange a été et est encore des plus parfaits. Il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi. Ces jours derniers la séance de la Chambre des Communes a dû être levée en raison du méphitisme produit par des émanations malodorantes. Celles-ci existent depuis deux ans, et malgré les travaux de plusieurs commissions, composées d'ingénieurs et d'architectes, n'ont pu être combattues. Toutes ces commissions ont admis que les odeurs dont on se plaignait provenaient des égouts; mais il a été impossible jusqu'à ce jour de décider où se trouvaient les égouts défectueusement construits. Les uns ont prétendu que c'étaient les égouts placés sous le bâtiment même, les autres que c'étaient les égouts voisins. Mais, tandis que ces commissions délibèrent, les membres de la Chambre des communes protestent et peut-être résultera-t-il de ces protestations et de ces études cette conclusion que le système de vidange à l'égout nécessite, pour bien fonctionner, une canalisation étendue, des pentes suffisantes et de vigoureuses chasses d'eau. (*Gaz. hebdom.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 juin 1886. — *Ordre du jour:* 1. M. Hortelloup et Thevenot: Rapports de candidature. — 2. M. Dehenne: Un mot sur le manuel opératoire de l'avancement musculaire. — 3. Communications diverses.

Les expérimentations si concluantes faites dans les hôpitaux ont démontré que le *vin de Bayard* à la peptone *phosphatée* était non seulement un reconstituant précieux dans le traitement de la diathèse tuberculeuse, mais qu'il était en outre d'un emploi aussi rationnel qu'efficace dans l'atonie des organes digestifs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. J. Nicolas : La contagion de la tuberculose et les salles d'inhalations du Mont-Dore. (Expériences.) — II. Correspondance. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

La contagion de la tuberculose et les salles d'inhalations du Mont-Dore. — (*Expériences.*)

Par le docteur J. Nicolas, médecin-consultant au Mont-Dore.

La découverte du bacille de Koch, survenant après les expériences d'inoculation de la tuberculose par Villemin, a donné corps à l'opinion de la contagion de cette maladie. Les agglomérations de phthisiques devinrent dès lors pour quelques médecins un sujet de méfiance et même l'objet d'une condamnation sévère. Le Mont-Dore qui reçoit chaque année un grand nombre de tuberculeux fut particulièrement attaqué ; en voici la raison : un des moyens de thérapeutique thermale les plus employés dans cette station, l'inhalation de vapeurs d'eau minérale, est pratiqué en commun dans de vastes salles par tous les malades atteints d'affections des voies respiratoires.

Dans un rapport présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1), M. Vallin s'éleva contre cet usage dans les termes suivants : « Il va sans dire que l'hygiène ne saurait approuver le maintien de salles communes d'inhalations qui existent encore dans certaines stations fréquentées surtout par les tuberculeux, et où malades et suspects respirent, crachent et éternuent au milieu d'une atmosphère lourde, *humide*, dans une promiscuité respiratoire regrettable. »

Quelques mois plus tard, M. Terrier, chirurgien des hôpitaux, écrivait au sujet de la station du Mont-Dore (2) : » J'insiste beaucoup sur cette opinion

(1) *Gazette hebdomadaire*, 18 juillet 1884.
(2) *Gaz. hebdom.*, 26 sept. 1884, page 642.

FEUILLETON

CAUSERIE

Le surmenage intellectuel dans les écoles communales, dans les lycées et autres établissements d'instruction à l'usage des enfants. — Le rôle des exercices gymnastiques dans l'hygiène moderne.

Quand on compare les programmes d'études en vigueur actuellement dans les établissement d'instruction et ceux qui existaient il y a une vingtaine d'années, on est quelque peu effrayé de la fatigue que doivent éprouver les jeunes cerveaux français. A peine leurs dents de lait commencent-elles à pousser, que déjà les enfants savent tout : la grammaire, l'histoire, la géographie, les mathématiques, les langues étrangères, et je ne parle pas des connaissances extra-classiques qu'ils possèdent à Paris sur les théâtres et autres mondainités à l'usage des grandes personnes. Il n'y a pas à dire : il n'y a plus d'enfants, il n'y a que des savants.

Savants ? Est-ce bien le mot ? Ne serait-ce pas plutôt surchauffés, surmenés, futurs malades, qu'il faudrait dire ? *Natura non facit saltus*, a dit la sagesse des nations après je ne sais plus qui ; la nature ne peut pas admettre qu'un enfant de 4, 5, 6 ans, qui ne devrait que boire, manger, dormir, se développer physiquement, soit pris immédiatement au sortir des langes, et astreint presque militairement aux programmes décrétés par

BIU Santé

partagée par mon ami le professeur Cornil qu'avec les doctrines nouvelles sur la contagion de la tuberculose, il est très certainement fort imprudent de réunir dans une même salle un nombre considérable de malades atteints d'affections pulmonaires diverses, dont bon nombre sont des affections tuberculeuses, »

M. Notta exprimait, dans l'*Union médicale* (18 octobre 1884), les mêmes appréhensions.

Soucieux de la santé de leurs malades, les médecins du Mont-Dore se sont préoccupés de l'opinion émise par MM. Vallin et Terrier. Etait-elle vraie? Aucun fait de contagion n'avait jamais été constaté par eux; et parmi les médecins du Mont-Dore qui fréquentent eux-mêmes, tous les jours, pendant la saison thermale, les salles d'inhalations, comme parmi les employés préposés à ces salles, aucun n'avait été atteint de tuberculose. (Dr Geai) (1). Etait-elle seulement probable? Pas davantage. Le principe infectieux ne peut provenir que de l'air exhalé par les tuberculeux ou de leurs crachats. Or l'haleine des phthisiques ne contient pas de bacilles de la tuberculose (Sormani) (2), pas plus que les gaz se dégageant d'une matière animale en putréfaction n'entraînent avec eux les microbes qui détruisent celles-ci (Miquel). M. le professeur Grancher l'affirmait à la Société de médecine publique le 24 mars 1886. « La contagion de la tuberculose ne peut avoir lieu que par les crachats et non par l'air expiré. J'ai fait à cet égard de nombreuses expériences dont je donnerai un jour communication à la Société. Sans vouloir entrer aujourd'hui dans le détail de ces expériences, je puis néanmoins dire dès à présent que les animaux auxquels j'ai fait inhaler l'air expiré par des phthisiques n'ont jamais présenté aucune lésion tuberculeuse (3). »

La contagion par les crachats est très facile à comprendre lorsque les

(1) Le Mont-Dore et ses indications thérapeutiques. (Lettre huitième).
(2) *Revue des sciences médic. de Hayem*, 1884, tome 24, p. 470.
(3) *Revue d'hygiène*, 20 avril 1886, p. 342.

M. le ministre de l'Instruction publique; — pas plus qu'elle n'admet qu'on prenne d'emblée vingt gouttes de liqueur de Fowler ou vingt centigrammes de chlorhydrate de morphine. Il faut commencer en tout par petites doses, les augmenter lentement et peu à peu, s'arrêter un certain temps à chaque dose nouvelle, afin d'arriver sans encombre à la dose *maxima*. Vous rappelez-vous la mésaventure arrivée il y a quelques années à ce général qui, voulant faire de ses soldats une troupe aguerrie, prête à résister à toutes les intempéries des climats chauds, les fit manœuvrer pendant l'été en plein midi? Au lieu d'en faire d'emblée des soldats robustes, ce qui ne s'acquiert qu'au bout de plusieurs campagnes, séparées pas des intervalles de repos, il en fit d'emblée des malades; tous n'en moururent pas, il est vrai, mais tous furent frappés. Il en pourrait être ainsi de nos jeunes enfants.

M. le docteur Desprès, chargé de faire un rapport au conseil municipal de Paris sur cette question, n'a pas manqué de signaler ce danger.

« Le zèle en tout est un défaut, dit-il; mais, s'il est particulièrement nuisible, c'est assurément dans l'enseignement de la jeunesse. La culture intellectuelle, comme la culture des plantes, comme l'agriculture, exige des mesures, des tempéraments et le respect du temps, et l'on n'apprendrait rien à ceux qui connaissent la culture des primeurs en leur rappelant que les plantes qui donnent des fruits avant l'heure sont des plantes caduques, maladives, qui ne résistent pas à deux hivers. Il en est de même de la nourriture intellectuelle chez les enfants à qui l'on fait produire de bonne heure. Cette surcharge a deux inconvénients suivant les natures. Chez l'enfant qui assimile,

produits d'expectoration des tuberculeux se dessèchent sur le sol, et, réduits ensuite à l'état pulvérulent, se répandent dans l'air et sont portés dans les bronches par la respiration. Mais, dans les salles d'inhalations du Mont-Dore, l'atmosphère est *humide* (suivant l'expression même de M. Vallin), et par suite de la condensation de la vapeur d'eau sur le sol, les crachats qui, par mégarde, seraient projetés en dehors des crachoirs, échappent à la dessication, et sont, après chaque séance, entraînés par le lavage des salles. C'est ce qu'a fait remarquer mon excellent confrère Cazalis dans une lettre adressée à la *Gazette hebdomadaire* le 10 avril 1885.

L'agent infectieux manque donc dans l'air des salles d'inhalations. Lors même qu'il y existerait, il trouverait chez les asthmatiques et les bronchitiques, mis en commun avec les tuberculeux, un milieu de culture médiocrement favorable, à en juger par la statistique de M. le professeur Leudet (de Rouen) sur la propagation de la tuberculose (1).

Toutefois, en dehors de ces preuves d'innocuité des inhalations prises en commun, j'ai tenu à en demander d'autres à l'expérimentation.

Il m'a semblé que les bacilles tuberculeux, s'ils existaient dans l'air des salles d'inhalations, devaient être entraînés par la condensation de la vapeur d'eau. Cette condensation que j'ai provoquée une fois d'une façon rapide, avec le concours de mon excellent confrère Schlemmer, au moyen d'un appareil réfrigérant, se fait seule et abondamment sur le sol et les murs, lorsqu'on ouvre les fenêtres des salles d'inhalations à la fin des séances qui durent en moyenne cinq heures.

La vapeur d'eau condensée obtenue par le premier procédé était absolument limpide. Au contraire, celle que j'ai recueillie sur le sol était louche, bien que l'espace où je l'ai prise eût été lavé la veille de l'expérience, de manière à faire disparaître du sol toute trace de crachats tuberculeux anciens et entouré d'un grillage en bois pour que les crachats n'y fussent pas projetés par expectoration ou apportés par les chaussures des malades.

(1) Académie des sciences, 8 février 1886.

c'est le corps qui s'en ressent, le développement physique s'arrête, le corps est pâle, maigre et sans force, et il arrive de deux choses l'une : ou bien que l'enfant succombe à cette tuberculose dont on cherche parfois trop loin la cause ou à une de ces maladies de l'enfance qui sont ordinairement bénignes ; ou bien l'enfant résiste ; mais, arrivé à l'âge d'homme, il est épuisé et ne peut plus suffire ni au travail ni à la lutte contre la maladie. Chez l'enfant qui n'assimile pas, tout ce que vous lui apprenez passe dans sa mémoire sans y laisser de traces, même ce qui est facile. Son cerveau, ne pouvant contenir à la fois qu'un petit nombre de connaissances, ne fait pas de choix, et il ne retient rien de l'enseignement qu'on lui a donné, ni l'orthographe, ni même l'écriture. L'écolier se perd alors dans la foule, et un beau jour, à 17 ou 18 ans, il suit des cours du soir et obtient en six mois son certificat d'études. Voilà les faits. »

Ainsi nous voilà encore ramenés à cette tuberculose, dont chacun recherche aujourd'hui la prophylaxie ; c'est en effet chez les jeunes qu'il faut surtout s'efforcer de la prévenir ou d'en détruire les germes ; au lieu de les enfermer dans des écoles, laissez-les au grand air, laissez les enfants se développer avant de les immobiliser, et leurs poumons s'élargir avant de les comprimer dans des thorax rétrécis par de mauvaises attitudes.

Car ce n'est pas seulement l'œil, comme je le disais il y a quelques semaines, qui se développe mal, mais le squelette entier, par suite des attitudes plus ou moins contre nature prises par l'enfant contraint de rester assis des heures entières, courbé sur un cahier ou sur un livre. L'œil devient myope et l'enfant rachitique, ou bossu, ou dévié, etc.

©BIU Santé

Pour que les chances de contagion fussent plus grandes et l'expérience plus décisive, c'est le 14 juillet 1885, pendant la plus grande affluence de baigneurs, que j'ai recueilli, après condensation, la vapeur d'eau respirée par eux dans les salles d'inhalations.

Le liquide provenant de l'essuyage des murs était absolument trouble. Recueilli le 20 août 1885, à une époque où le Mont-Dore a reçu presque tout son contingent de tuberculeux, et où les salles d'inhalations ont été fréquentées sans interruption depuis trois mois, ce liquide offrait les meilleures conditions pour la recherche des bacilles de Koch.

Cette recherche a été faite dans tous les liquides obtenus par les différents précédés que nous avons énumérés : 1° à l'aide du microscope; 2° par le mélange à des bouillons de culture; 3° par inoculation à des animaux.

Examen au microscope. — Le liquide a été additionné d'albumine pour faciliter l'adhérence sur les plaques de verre, puis traité par le procédé d'Erhlich. Les poussières provenant des murs ont été particulièrement examinées par M. Bretet, pharmacien à Vichy, avec toute la conscience, la patience et le savoir qu'il apporte dans ses travaux. Ses investigations n'ont pas plus que les miennes amené, dans les liquides examinés, la découverte du microbe de la tuberculose.

Mélange à des bouillons de culture. — Plusieurs tubes remplis de liquides, notamment de celui des murs, et soudés ensuite à la lampe sans que l'eau fût portée à l'ébullition, ont été remis au laboratoire de M. le professeur Cornil. Le mélange de leur contenu à des bouillons de culture n'a été suivi d'aucun résultat.

Inoculation aux animaux. — Le cobaye a été choisi de préférence pour ces expériences. La tuberculose évolue, en effet, chez lui très facilement et très régulièrement. Les inoculations ont été pratiquées par injections dans le péritoine à l'aide de la seringue de Muencke.

Expérience I. — Le 14 juillet 1885, j'injecte à trois cobayes adultes un centimètre cube, à chacun, du liquide condensé sur le sol des salles d'inhalations. Cinq heures

---

On va jusqu'à mettre la carie dentaire sur le compte de l'excès de travail chez les enfants.

Aussi, après avoir constaté que nombre de maladies de l'enfance peuvent être attribuées aux excès d'un travail précoce, M. Desprès estime qu'il n'y aurait aucun mal à diminuer notablement les programmes du certificat d'études. Ce certificat voudrait dire que l'enfant sait lire, écrire et compter, qu'il possède quelques éléments de géographie et de l'histoire de son pays; personne ne s'en trouverait plus mal.

Il conclut donc à inviter l'administration à restreindre dans la mesure du possible les devoirs écrits du soir, et à demander que la loi place à 12 ans au lieu de 11 ans la limite d'âge minimum, pour l'obtention du certificat d'études, s'il est conservé tel qu'il est aujourd'hui.

Un autre membre du Conseil municipal, M. Strauss, est venu appuyer les conclusions présentées par M. Desprès.

« N'est-il pas étrange, dit-il, quand on sait que, dans l'enseignement supérieur, les cours durent une heure, qu'ils ne durent que deux heures dans l'enseignement secondaire, de leur voir donner une durée de trois heures dans l'enseignement primaire? Cette méthode fatigue inutilement l'attention de l'enfant et nuit à son développement physique. L'hygiène scolaire est la clef de voûte de tout système d'éducation, et nous devons nous en préoccuper. Je dépose, en conséquence, l'article additionnel suivant : « Le Con-« seil émet le vœu que l'autorité universitaire veuille bien suivre, au point de vue du

©BIU Santé

après l'inoculation, mort d'un cobaye par péritonite suraiguë provenant probablement d'une perforation intestinale. Les deux autres animaux sont conservés et reçoivent encore, le lendemain, un centimètre cube de liquide recueilli de la même façon.

Ces deux animaux ont été sacrifiés, le 5 octobre suivant, par M. le professeur Cornil, que je suis heureux de pouvoir remercier ici de la bienveillance qu'il m'a témoignée en me dirigeant dans mes expériences et en leur accordant l'autorité de son contrôle. L'autopsie n'a montré aucune trace de tuberculose consécutive aux inoculations.

Expérience II. — Un cobaye adulte reçoit en injection, le 15 juillet 1885, un centimètre cube de liquide recueilli sur le sol, et, le 20 juillet, un centimètre cube de vapeur d'eau condensée sur un réfrigérant. Autopsie le 5 avril 1886 par M. Cornil. Pas de tuberculose.

Expérience III. — Le 20 août 1885, injection à un cobaye adulte d'un centimètre cube de liquide pris sur les murs et, à deux cobayes âgés d'un mois, d'un demi-centimètre cube du même liquide.

Le 21 août, les mêmes animaux reçoivent une inoculation des poussières qu'avait laissé déposer à sa partie inférieure le liquide recueilli la veille.

Autopsie le 5 avril 1886 par M. Cornil. Aucun des animaux n'est trouvé atteint de tuberculose.

Les résultats de ces expériences, par leur concordance avec celles de MM. Grancher et Miquel, me paraissent apporter une preuve à l'appui de l'innocuité des exhalations des phthisiques, et démontrer surtout que les salles d'inhalations du Mont-Dore sont à l'abri de tout danger de propagation de la tuberculose.

CORRESPONDANCE

Ham, le 4 juin 1886.

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans l'*Union médicale* du 3 juin la lettre que mon honorable confrère, M. de Ranse, vous a adressée au sujet de la publication dans votre journal de la réponse

« travail et du repos dans les écoles, les règles promulguées par la commission d'hy-
« giène scolaire. »

Ces vœux ont été admis en principe, et le Conseil a décidé de décharger un peu les programmes d'étude. Cela toutefois ne s'est pas fait sans opposition. Un honorable membre du Conseil, entre autres, a soutenu qu'on ne pouvait jamais donner trop d'occupations sérieuses aux enfants, et que, si on leur retire les devoirs du soir, ceux qui étaient plus particulièrement visés par le rapport de M. Desprès, on les voue fatalement au vagabondage. Ceci n'est pas exact. Ce n'est pas le soir que les enfants vagabondent, car, le soir, les parents ouvriers, occupés au dehors, rentrent chez eux et peuvent mettre bon ordre aux projets de vagabondage. Et puis d'ailleurs, le soir, les enfants subissent généralement l'influence du *marchand de poussière* et préfèrent le lit à la rue. Dans la journée, il y a l'école.

M. Strauss a fait remarquer avec raison que la durée des cours, portée à trois heures dans les écoles communales, était excessive. Comment peut-on songer à faire rester tranquille un enfant pendant trois heures, quand on sait qu'il est impossible d'obtenir cinq minutes de tranquillité à la maison? Chez l'enfant, tout marche à la fois, parce que tout veut se développer, parce que la circulation du sang est très active chez lui. Les bras gesticulent, les jambes font ce mouvement de balancier que vous connaissez bien; la tête se tourne du côté où le moindre bruit attire l'attention, la curiosité de l'enfant : une mouche qui vole, un camarade qui bâille, un livre qui tombe, une voiture qui passe, le maître qui s'endort..... Car tout le monde subit la même influence : le maître s'en-

©BIU Santé

que j'ai faite, dans l'assemblée générale dernière, à son rapport sur l'institution d'un Ordre des médecins.

J'aurais préféré ne pas revenir sur un débat que je croyais clos. Mais puisqu'il faut que je m'explique, je vais le faire ici avec toute la brièveté et toute la clarté possibles, si vous voulez bien me le permettre.

J'avais bien remarqué, dans la réplique de mon honorable contradicteur, que, prenant au mot la qualification de fantaisiste que j'avais moi-même donnée à ma statistique, et l'appliquant à elle seule, M. de Ranse n'avait pas jugé à propos de s'y arrêter et de rectifier la sienne, que j'avais combattue. Espérant que tout le monde verrait bien qu'à une statistique fantaisiste j'avais simplement voulu répondre par une autre statistique fantaisiste, je n'ai pas voulu me défendre pour ne pas prolonger un débat inutile.

Puisque tout le monde n'a pas vu cela, il faut donc que, une fois de plus, je le démontre.

Voici la statistique de M. de Ranse :

« En somme, si l'on met hors du cadre les deux Sociétés de Saint-Quentin et de « l'Aube qui ont été les promotrices du projet, et si l'on range avec les Sociétés qui « ont fait une réponse défavorable les deux au sein desquelles le Secrétaire général a « combattu ce projet dans les termes reproduits plus haut, on voit que, sur 32 Sociétés « qui ont fait connaître leur avis à propos du vœu exprimé par les deux premières « Sociétés en faveur de l'institution d'un Ordre des médecins, 12 se sont prononcées « pour et 20 contre cette institution. »

Tout au moins, il eût fallu dire : sur *30* Sociétés qui ont fait connaître leur avis à propos, etc..., 12 se sont prononcées pour et 18 contre.....

Mais retrancher des 14 Sociétés qui ont exprimé une opinion favorable au projet la Société de Saint-Quentin et celle de l'Aube parce qu'elles en ont été les promotrices, et ajouter aux 18 qui se sont prononcées en sens contraire les deux dont le Secrétaire général *seulement* et *personnellement* a parlé dans ce sens, voilà ce que j'appelle une fantaisie.

Au lieu d'en prendre de l'aigreur, c'est à cette fantaisie que j'ai opposé une autre fantaisie que l'on peut lire dans mon discours.

Mais tout cela n'est que fantaisie; je l'ai déclaré et je le déclare encore aujourd'hui avec la même bonne humeur que le 3 mai.

La vérité, la voici encore une fois :

---

dort d'ennui, de chaleur, d'atmosphère confinée, et si l'enfant ne dort pas, il bâille et cesse d'être attentif, pour les mêmes raisons. Séparez ces trois heures en trois ou en deux morceaux, par une demi-heure de récréation, et ouvrez portes et fenêtres, l'enfant et la salle de classe élimineront l'acide carbonique et autres produits nauséabonds que l'encombrement prolongé a accumulés en eux.

C'est pendant cette récréation qu'ils pourraient se livrer à ces exercices gymnastiques si vantés actuellement, et à juste titre : marche au pas, mouvements cadencés, rhythmés, haltères, etc., peu de barres parallèles et de perches, pas de trapèze, parce que les enfants n'ont pas, à l'école, de costume permettant ces exercices.

Les bons résultats des exercices gymnastiques sont de plus en appréciés chaque jour, et dans toutes les classes de la société. J'ai déjà dit maintes fois, et je ne puis me lasser de le répéter, que grâce à la gymnastique on sauvera la France, parce qu'une nation n'est jamais plus brave que lorsque chaque individu a conscience de sa force physique, et que les exercices corporels arrêteront et répareront la décadence qui s'était emparée de notre race depuis une trentaine d'années. Les ci-devant petits-crevés, les plus éprouvés d'ailleurs, prêchent d'exemple et s'en trouvent bien. Ils ont donné ces jours derniers, dans la salle du Nouveau Cirque, dans un but de bienfaisance, une fête dans laquelle les écuyers, les hercules et les clowns étaient représentés par des jeunes gens des meilleures familles, je veux dire de jeunes gentilshommes, et ils n'avaient rien à envier aux classes inférieures sous le rapport de la force, de l'agilité et de l'adresse. Quand les gentilshommes sauront faire le coup de poing comme les vilains, l'union des

© BIU Santé

32 Sociétés seulement, sur 96, se sont prononcées, 14 pour et 18 contre l'Ordre des médecins.

Voilà ce qui est incontestable; et toutes les fantaisies du monde ne parviendront pas à transformer ces chiffres en 12 pour et 20 contre (de Ranse), pas plus qu'en 17 contre et 21 pour (Surmay), et à en tirer mathématiquement cette conclusion que la majorité des 96 Sociétés locales qui composent l'Association générale des médecins de France a repoussé l'institution d'un Ordre des médecins.

Quant aux deux votes successifs, — sur l'ajournement et sur les conclusions du rapport, — il est bien évident que l'un emportait l'autre. Aussi, le premier étant connu, j'avoue que je n'ai donné nulle attention au second, et même je ne me souviens pas d'y avoir pris part. Il est à croire que plus d'un délégué a fait comme moi.

Il n'est donc pas absolument exact d'affirmer, avec M. de Ranse, que « l'institution « d'un Ordre des médecins a été repoussée par l'assemblée générale à *une forte majo-* « *rité* »; et il n'est pas tout à fait inexact de dire avec moi qu' « à une faible majorité, « environ 30 contre 26, l'assemblée a voté purement et simplement les conclusions du « rapport de M. de Ranse et a déclaré la question close ».

Cela dit, — et pour la dernière fois, j'espère, — cordialement je vous tends une main, mon cher confrère, et je tends l'autre à M. de Ranse, sans regarder à qui de vous deux je donne la droite ou la gauche.

SURMAY.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. A. CORNU lit une note *sur des expériences récentes faites par* MM. Albert-A. Michelson et Edward-W. Morley *pour reconnaître l'influence du mouvement du milieu sur la vitesse de la lumière.*

« Dans la séance du 29 septembre 1851, l'Académie recevait de M. Fizeau communication d'un des plus beaux résultats expérimentaux que la science ait jamais enregistrés: c'était la mémorable expérience par laquelle notre savant confrère démontrait que le mouvement des corps change la vitesse avec laquelle la lumière se propage dans leur intérieur. Le mouvement de la matière transparente entraîne les ondes lumi-

---

classes inférieures et supérieures sera bien près d'être réalisée; nous avons déjà l'égalité de l'instruction, l'égalité de l'éducation laisse encore un peu à désirer, mais espérons qu'elle disparaîtra peu à peu sous l'influence de l'égalité des biceps.

***

Ils n'est pas jusqu'aux femmes, rangées jusqu'à présent sous la dénomination humiliante de sexe faible, qui ne fassent appel à la gymnastique pour essayer de devenir les égales du sexe fort. Une d'elles, Mme Astié de Valsayre, a fait dernièrement une conférence sur l'escrime et la femme, qui a obtenu un certain succès.

Elle préfère l'escrime aux haltères pour une raison qui a peut-être sa valeur, mais que que je ne puis admettre, parce qu'elle constitue une insulte aux basses classes et que je prêche la concorde universelle. « Je donne, dit-elle, la préférence à l'escrime, qui fait des gentilshommes, sur l'haltère, qui fait des charretiers. »

D'ailleurs, Mme Astié de Valsayre est tant soit peu paradoxale et professe sur la gynécologie des idées qui me semblent un peu en désaccord avec celles de la Faculté. Voici sa théorie :

« L'art de l'escrime a beaucoup de qualités : il guérit du diabète, de la gravelle, de la goutte, de la dyspepsie, de la névrose, de l'hystérie, etc., etc. En résumé, il faut fortifier la femme par l'escrime, parce que, s'il n'est pas certain que la femme descende de l'homme par une côte, il est certain que l'homme descend de la femme par l'enfantement. Il faut des femmes solides pour faire des enfants, sans cela nous aurons tou-

©BIU Santé

neuses, mais ne les entraîne que *partiellement* et dans la proportion que le génie de Fresnel avait déduite d'une observation d'Arago. M. Fizeau montrait, en effet, que l'air même avec des vitesses de 25 mètres à la seconde, n'entraînait pas sensiblement les ondes lumineuses comme il entraîne les ondes sonores, tandis que l'eau, dont l'indice est plus élevé, entraîne la lumière avec un peu moins de la moitié de la vitesse dont elle est elle-même animée.

« Ces résultats ont une grande importance théorique et constituent à peu près les seules données directes que possède l'optique sur la constitution du milieu hypothétique, l'*éther*, siège des mouvements lumineux. Ils démontrent que l'*éther* est indépendant de la matière pondérable : l'entraînement partiel n'est qu'un entraînement apparent : il révèle simplement une transmission partielle du mouvement aux molécules pondérables, transmission qu'on représente quelquefois symboliquement par une variation de la densité de l'éther dans l'intérieur des corps transparents.

« Depuis près de trente-cinq ans que cette expérience a été faite, aucune publication n'avait annoncé qu'elle eût été répétée ; deux savants américains, M. A. Michelson, bien connu par ses belles expériences sur la vitesse de la lumière, et M. W. Morley viennent de la reprendre. Leur travail, conçu dans l'esprit le plus élevé, exécuté avec ces puissants moyens d'action que les savants des Etats-Unis aiment à déployer dans les grandes questions scientifiques, fait le plus grand honneur à leurs auteurs.

« Après une exposition succincte de l'importance du problème résolu par M. Fizeau et la description de l'appareil, si simple et si parfait, imaginé pour y parvenir, les auteurs ajoutent modestement :

« ... Malgré toute l'ingéniosité déployée dans ce dispositif remarquable, qui est manifestement adapté d'une manière si admirable pour éliminer tout déplacement accidentel des franges par des causes extérieures, il semble qu'il plane encore un doute général sur les résultats obtenus ou, dans une certaine mesure, sur l'interprétation des conclusions énoncées par Fizeau. C'est ce motif, ainsi que l'importance fondamentale de ce travail, qui sont notre excuse de l'avoir répété ; on doit mentionner que nous avons cherché à trouver des objections précises, mais sans succès. »

« Les savants auteurs ont cherché à perfectionner l'expérience ; ils ont réussi à la répéter sur une échelle grandiose. Les deux tubes avaient 28 millimètres de diamètre et plus de 6 mètres de longueur ; l'eau circulait dans ces tubes sous une pression de 23 mètres de hauteur, et la déviation de la frange centrale a atteint presque une frange entière (0 fr. 899).

---

jours l'abaissement de la toise militaire. » La conférencière a remarqué combien les femmes acrobates qui cultivent le trapèze avaient une délivrance heureuse. « Il est donc nécessaire d'introduire le plus tôt possible l'escrime dans les pensionnats de jeunes filles, pour développer chez elles le thorax, et par là l'allaitement maternel. »

Permettez, Madame. En quoi la delivrance peut-elle bien profiter de l'élargissement du thorax, et en quoi ledit élargissement peut-il bien favoriser l'allaitement maternel? L'allaitement se fait grâce aux glandes mammaires ; or l'escrime, comme tout exercice gymnastique, peut développer les muscles, mais non les glandes ; donc votre théorie pêche par la base et votre conclusion est fausse.

Néanmoins vous avez bien fait, Madame, de défendre la cause de la gymnastique. Quand le principe sera admis par tout le monde, on s'entendra vite sur les meilleurs moyens de le mettre en pratique.

SIMPLISSIME.

POUDRE DÉSINFECTANTE. — Sigmund.

Goudron de hêtre ou huile de cade.....	De 20 à 40 grammes.
Sulfate de chaux pulv.....	200 grammes.

Mêlez intimement, séchez et pulvérisez.

Cette poudre est recommandée pour saupoudrer les plaies et les ulcérations syphilitiques gangréneuses, après qu'elles ont été nettoyées avec soin. — N. G.

©BIU Santé

« Une étude soignée du mouvement de l'eau a permis aux auteurs de déterminer avec précision la vitesse du liquide suivant l'axe des tubes, seul point sur lequel M. Fizeau avouait n'avoir pu obtenir une rigueur complète, faute de données suffisamment précises.

« Avec l'air animé d'une vitesse de 25 mètres par seconde, la déviation des franges a été sensiblement nulle.

« La conclusion de ce travail, ajoutent en terminant MM. Michelson et Morley, est donc que le résultat annoncé par Fizeau est entièrement correct et que l'*éther lumini-fère n'est aucunement affecté par le mouvement de la matière qu'il pénètre.* »

« L'Académie sera heureuse d'apprendre ainsi la confirmation complète de ce grand travail de notre illustre confrère, M. Fizeau, travail qui a apporté l'un des plus beaux résultats de l'optique moderne. »

M. Fizeau remercie son savant confrère de la courtoisie avec laquelle il a bien voulu rappeler au souvenir de l'Académie un travail déjà ancien, relatif à l'éther lumineux dans ses rapports avec les corps en mouvement.

Ce travail renfermait des expériences sur le passage de la lumière à travers l'air et l'eau animés de grandes vitesses, et les résultats obtenus, singuliers en apparence, ainsi que les conséquences relatives à l'indépendance et à l'immobilité de l'éther dans les corps en mouvement, avaient laissé dans les esprits quelques doutes, que de nouvelles expériences pouvaient seules lever. C'est ce que viennent de faire, avec un plein succès, deux habiles physiciens américains : MM. A. Michelson et W. Morley, dont les nouvelles études sur ce sujet ont eu pour résultat de confirmer d'une manière complète la réalité des phénomènes en question et l'exactitude des mesures.

M. Fizeau ajoute que, de son côté, il n'a pas cessé de poursuivre ses précédentes études sur la nature et les propriétés de l'éther, et qu'il espère entretenir prochainement l'Académie de l'existence d'une variation particulière dans la force magnétique des aimants, variation qui paraît être en relation avec la direction du mouvement de la terre dans l'espace et propre à apporter des données nouvelles sur l'immobilité de l'éther et ses rapports avec la matière pondérable.

M. Bertrand rappelle à cette occasion toute l'importance attachée par Senarmont à la belle expérience de M. Fizeau. Notre éminent et regretté confrère, expliquant un jour le rôle réservé dans la science à ces phénomènes entièrement nouveaux, traduisit son admiration par un dessin bien expressif. Un continent représentant la science acquise, et dessiné à la manière des anciens géographes, était entouré d'une mer immense : *mare ignotum*, dans laquelle, à une grande distance de la côte, on apercevait une île isolée : *insula Fizeau*.

— L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de physique, en remplacement de feu M. Lallemand.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 46, M. Crova obtient 41 suffrages ; M. Alluard, 2 ; M. Amagat, 2 ; M. Bichat, 1.

M. Crova, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est élu correspondant de l'Académie.

M. le Ministre de l'instruction publique transmet une ampliation du décret par lequel M. le Président de la République approuve l'élection que l'Académie a faite de M. Sarrau, pour remplir, dans la section de mécanique, la place laissée vacante par le décès de M. de Saint-Venant.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Sarrau prend place parmi ses confrères.

M. le Président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. de Vergnette-Lamotte, correspondant de la section d'économie rurale, décédé à Beaune, le 28 mai 1886.

SBIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mai 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

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

Le *Journal de médecine de l'Ouest*, t. XIX et XX;

Les *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, t. XXII;

Une brochure intitulée : *Du traitement de la stérilité chez la femme au moyen des eaux minérales de Luxeuil-les-Bains*, par le docteur Champouillon;

Une notice biographique de C.-G. Scheele, chimiste suédois, mort en 1786, par le docteur Clève, professeur à l'Université d'Upsal, avec une lettre d'envoi de l'éditeur;

Une circulaire du ministère de l'instruction publique, demandant à la Société de lui fournir la liste des manuscrits qu'elle possède dans ses archives, afin de les publier dans le Catalogue général que le ministère se propose de publier.

Communications :

M. Christian lit une observation intitulée : *Cas rare de dipsomanie. — Inhalations d'éther. — Accès répétés pendant plus de seize ans. — Mort à la suite de convulsions épileptiques.* (Sera publiée.)

M. Dubrisay : M. Christian fait de son malade un dipsomaniaque. Dans la dipsomanie, l'impulsion à boire soit de l'alcool, soit de l'éther, ne survient que par accès, et je pensais que, dans les intervalles libres, le malade avait en horreur le stimulant dont il ne pouvait se passer pendant la crise. Ceci ne paraît pas avoir existé chez le malade de M. Christian.

Quant à la question médico-légale, je reconnais la difficulté qu'elle présente, et je citerai à ce propos un cas analogue pour lequel j'ai été consulté il y a quelques années. Il s'agissait d'une dame américaine des plus respectables, mère de quatre enfants, et âgée de plus de 40 ans; elle était prise tout d'un coup d'un irrésistible besoin de boire, quittait son domicile, allait dans les tavernes, s'enivrait avec les gens de la dernière classe, et se laissait aller aux écarts de conduite les plus scandaleux. Au bout de quelques jours, elle se calmait, revenait chez elle et reprenait sa vie habituelle. Son père et son mari avaient en vain essayé de tous les moyens pour la guérir; rien n'y faisait. Et, avec la législation américaine, il leur était impossible de la faire placer dans un asile d'aliénés. Ils vinrent avec elle en Angleterre, où ils se heurtèrent aux mêmes difficultés, et enfin ils arrivèrent en France, où ils placèrent leur malade dans une maison de santé. Elle y resta dix-huit mois, au bout desquels on essaya de la remettre en liberté. Le jour même de sa sortie, elle s'enivra horriblement, et, dans l'hôtel où étaient descendus son mari et son père, elle commit les actes les plus révoltants. Il fallut la réintégrer et le calme revint rapidement. Elle séjourna encore quelques mois dans la maison de santé, puis sa famille la ramena en Amérique; elle habite avec elle un district, où l'introduction et la vente de tout spiritueux est sévèrement interdite, où les pharmaciens seuls ont le droit de mettre en vente les alcools; la guérison se maintient.

M. de Beauvais : Les buveurs d'éther ne sont pas extrêmement rares, surtout en Angleterre. Nous avons connu en France deux savants distingués qui avaient cette malheureuse passion et qui en ont été les victimes. Mais, généralement, le malade ne se borne pas à inhaler l'éther, il le boit, et, en Angleterre, on en a même vu qui allaient jusqu'à avaler du pétrole. Je m'explique très bien que le malade de M. Christian ne soit jamais arrivé à l'anesthésie complète; nous savons que ceux qui veulent obtenir ce résultat sont obligés de se fixer le flacon sous le nez; les autres le laissent échapper dès qu'ils commencent à perdre la conscience de leurs actes.

M. Duroziez : La mort est-elle arrivée sous l'influence de l'éther? Comment M. Christian s'explique-t-il la terminaison fatale ?

M. Christian : J'ai mis pour titre à mon observation le mot *dipsomanie*, ne considérant ce syndrome que comme indicatif d'un état général ; mon malade était un *dégé-*

© BIU Santé

néré, chez lequel existait cette impulsion pour l'éther survenant par accès, comme nous l'observons bien plus fréquemment par l'alcool.

Quant à la cause de la mort, j'avoue que je ne me l'explique pas bien. Y a-t-il eu dans les derniers jours une poussée méningitique? Je raisonne par analogie avec ce que l'on observe chez les alcooliques, et, l'autopsie n'ayant pas été faite, je suppose qu'il y a eu peut-être, ce qui arrive souvent dans l'alcoolisme, une méningite ou même une pachyméningite.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, PELLIER.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des Fêtes de la PENTECOTE, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 15 juin.

— La prochaine séance de l'Académie des sciences n'aura pas lieu le lundi de la Pentecôte et sera remise au lendemain mardi.

— Le laboratoire de zoologie marine de Cette, dirigé par M. Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, est rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences naturelles).

— MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie, le mercredi 30 juin 1886, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

— M. le docteur O. Guillier est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIe arrondissement de Paris.

— La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central (épreuve clinique) s'est terminée le mardi 8 juin 1886. Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve éliminatoire, les vingt-quatre candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Bourcy, Capitan, Charrin, Dreyfous, Duplaix, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Léopold), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Lebreton, Ledoux-Lebard, Lorey, Marie, Martin, Petit, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Thibierge, Variot.

La seconde épreuve (épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie) a commencé le jeudi 10 juin, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

— La troisième épreuve du concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central (leçon théorique sur un sujet d'accouchement) a commencé le lundi 7 juin, à quatre heures du soir, à l'hôpital de la Charité. Sur les huit candidats inscrits, un seul s'est retiré du concours, M. le docteur Ollivier.

— Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le mercredi 30 juin 1886. Il sera clos le mardi 20 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures :

1° Les inscriptions de première année les mercredi 30 juin, jeudi 1er, vendredi 2, et samedi 3 juillet 1886 ; 2° les inscriptions de deuxième année de doctorat les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 juillet 1886 ; 4° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudis 15, vendredi 16, samedi 17, lundi 19 et mardi 20 juillet 1886.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du 13 juillet 1886.

©BIU Santé

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le troisième trimestre 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 externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat; il se continue sans interruptions jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre des jours de stage par trimestre est déterminé de la manière suivante : premier trimestre (novembre et décembre), cinquante-six jours; deuxième trimestre (janvier, février et mars), quatre-vingt-six jours; troisième trimestre (avril, mai et juin), quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre (juillet à octobre inclusivement), cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et quatrième d'officiat).

Les élèves ajournés, à la session de novembre 1885, pour leur examen de doctorat et pour leur premier, deuxième et troisième examens de fin d'année d'officiat, devront consigner les mercredi 16 et jeudi 17 juin aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 28 juin au 3 juillet. Les élèves de première année, qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 23 et jeudi 24 juin 1886. Ils prendront la quatrième inscription du 30 juin au 3 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 5 juillet. Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les élèves pourvus de seize inscriptions et qui n'ont pas subi le premier examen de doctorat pourront consigner jusqu'au jeudi 24 juin. Les aspirants à l'officiat sont astreints à consigner en juillet; pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves de première année de doctorat et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 18 au 30 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 11 ou le mardi 12 octobre 1886, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.

Enfin les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 18 octobre 1886. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain 13 juin 1886, à Champignolle, Chennevières et Champigny. Le rendez-vous est à la gare de Vincennes, où l'on prendra, à onze heures moins dix minutes, le train pour Champigny. On sera rentré à Paris vers cinq heures.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir, à quatre heures.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, dans les bois du Pecq et de Saint-Germain, le dimanche 13 juin.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à onze heures trente-cinq, pour la station du Pecq.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. P. Guerder : Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses. — II. Bibliothèque : Dictionnaire de botanique. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Promenades au Salon.

Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses.

Par le docteur P. Guerder (1).

Dans les premiers jours de février 1886, éclata dans la petite commune de Pontcarré, d'environ 500 âmes, une épidémie de coqueluche assez intense, tant sous le rapport du nombre d'enfants atteints que sous le rapport du nombre et de la violence des quintes journalières. La maladie frappait tout particulièrement les très jeunes enfants.

Le traitement que j'employai d'abord consistait en fumigations d'acide phénique dans la chambre des malades et dans l'emploi du sirop suivant :

Sirop diacode Sirop de belladone	}	àà 50 grammes.
Acide phénique		0 gr. 50 centig.
Bromure de potassium		4 grammes.

administré par cuillerées à café, une ou plusieurs fois par jour, selon l'âge de l'enfant.

Le traitement me donna quelques succès; il diminuait le nombre des quintes en abaissant l'excitabilité réflexe; mais, dès que je le faisais suspendre, le nombre des quintes revenait à son chiffre primitif. Cette suspension a été plusieurs fois imposée par l'extrême intolérance de certains enfants pour la belladone. Ainsi, chez un petit garçon de 4 ans, deux cuille-

(1) Communiqué à la Société médico-pratique, séance du 23 mai 1886.

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON (1)

IV

Nous ne devons pas nous attarder à la sculpture; d'autant que, cette année, — il nous en coûte de le dire, — la sculpture ne nous paraît pas à la hauteur où, jusqu'à présent, elle s'était tenue. Nous n'avons pu nous arrêter devant le groupe informe de M. Falguière; nous n'éprouverions qu'une satisfaction modérée à contempler celui que M. Mercié a exécuté, en marbre, pour le tombeau du roi Louis-Philippe et de la reine Amélie. Les proportions n'en sont pas agréables à l'œil. Le personnage principal est court, rigide sous le poids du lourd manteau royal qui l'écrase, et totalement dépourvu de grâce et d'élégance soit dans le geste, soit dans l'attitude; rien ne le relie à la reine, agenouillée à son côté. De face, on ne voit que ces deux figures. Si l'on fait le tour du groupe, on aperçoit un ange « affalé » derrière elles et qui supporte l'écusson de la France. Il a bien l'air de se cacher, et sa présence là ne laisse pas de surprendre le spectateur inquiet. Qu'ont de commun les anges avec ces bourgeois fleurdelysés? Nous venons d'écrire le mot qui résume les reproches que l'on est en droit d'adresser à l'artiste. Malgré les exigences de la tradition, M. Mercié a imprimé sur son œuvre un

(1) Suite. — Voir les numéros des 13, 23 et 27 mai.

©BIU Santé

rées à café, par jour, produisaient une forte dilatation des pupilles et du délire. La coqueluche nécessitant un traitement assez long, il n'est certes pas sans inconvénient de maintenir de jeunes enfants sous l'influence des narcotiques pendant des semaines, lors même qu'ils sont bien tolérés.

Il fallait donc chercher autre chose.

Le catarrhe nasal, la vive injection de la muqueuse pituitaire et la nature probablement parasitaire de la maladie, me suggèrent la pensée d'un traitement local analogue à celui que l'on a déjà employé avec succès contre les quintes de la fièvre de foin. L'idée d'attribuer les quintes de la coqueluche à un réflexe nasal se concilie parfaitement avec de nombreuses observations d'autres réflexes nasaux, déterminant soit des accès de toux, soit des accès d'asthme.

Le traitement, dans tous les cas, ne pouvait présenter aucun inconvénient. J'eus donc recours à des insufflations nasales d'une poudre impalpable, préparée avec parties égales d'acide borique et de café torréfié, à la fois absorbante et antiseptique. Cette poudre était insufflée à l'aide d'un tuyau de plume d'oie, d'un tube en verre, mais il est bien préférable de se servir de l'insufflateur nasal de Galante qui divise la poudre en la projetant et l'empêche de s'accumuler en un point limité de la muqueuse. Ce petit détail a une certaine importance ; dans le début de mes expériences, je n'obtenais quelquefois point de résultat parce que les mères ne savaient point faire l'insufflation, et l'amélioration survenait dès que je les pratiquais moi-même. Cette petite opération se faisait deux fois par jour, matin et soir.

J'ai traité 30 enfants par les insufflations nasales : 7 étaient âgés de moins d'un an ; 7 de 1 à 2 ans ; 6 de 2 à 3 ans ; 10 de 3 à 8 ans.

Sur ces 30 enfants, 13 avaient été traités depuis 8 à 15 jours par le sirop formulé plus haut, avec une amélioration plus ou moins marquée, mais passagère. Les 17 autres ont été traités exclusivement par les insufflations nasales, sans prendre aucun médicament autre qu'un ou deux vomitifs, dans quelques cas, pendant la période catarrhale.

---

cachet par trop bourgeois. Le même artiste a exposé un médaillon, en marbre, de M. A. L..., qui ne dépasse pas les limites d'une honnête médiocrité. Décidément, l'année 1886 ne lui est pas heureuse.

Elle n'est pas heureuse non plus à M de Saint-Marceaux, qui n'a pas craint d'exhiber, en plâtre de couleur, une « Danseuse arabe » devant une porte que ferme à peine un rideau. Ceux de nos confrères de la presse qui ont loué plus qu'il ne convenait, selon nous, cette figure à cause de son élégance et malgré sa maigreur, ont fait preuve d'un esprit de tolérance vraiment excessif. Les qualités réelles du jeune maître se retrouvent dans la hardiesse de la construction de la figure, mais l'exécution n'est soignée qu'à la surface. L'artiste a voulu faire surtout de la peau. Il entre, croyons-nous, dans une mauvaise voie. Et puis la statuaire ne saurait, sans déchoir, traiter des sujets comme celui-ci, qui rappellent les « culs-de-lampe » des éditions illustrées des *Mille et une Nuits*. Il faut laisser cette besogne à la lithographie. A moins pourtant qu'on ne soit de l'avis de M. Prudhomme : « La sculpture et la lithographie sont sœurs ; toutes deux se servent de la pierre. »

M. Chapu, chargé d'exécuter une figure décorative pour le parc de Chantilly, s'est souvenu que l'école française du XVIIe et du XVIIIe siècles avait fourni d'admirables modèles en ce genre, et il a exposé une femme cueillant des fleurs qui rappelle à beaucoup d'égards les chefs-d'œuvre de cette féconde époque. Mais la facture de l'envoi de cette année n'approche pas de la délicatesse et de la légèreté d'outil par lesquelles se distinguait la figure tumulaire de Mme la duchesse d'Orléans, qui a fait une si légitime sen-

Sur les 13 enfants, traités par le sirop, pendant la première période, du 5 au 19 février, 3 furent atteints de pneumonie intercurrente; deux enfants âgés de 7 et de 11 mois succombèrent, l'autre, âgé de 8 ans, guérit. Notons que, pendant toute la durée de la pneumonie, les quintes cessèrent complètement pour reprendre avec la même intensité pendant la convalescence. A partir du jour où j'employai les insufflations nasales, je n'observai plus de ces complications, et il n'y eut plus de décès.

Je commençai ce nouveau traitement le 19 février sur le petit garçon de 4 ans, si intolérant pour la belladone et qui, nuit et jour, avait des quintes environ toutes les heures. Après 48 heures et quatre insufflations, les quintes étaient tombées à 4 la nuit, 5 à 6 le jour. Au bout de 6 jours, il n'y avait plus qu'une à deux quintes peu intenses dans les 24 heures.

Chez tous les autres enfants, les résultats furent analogues quand les insufflations étaient bien pratiquées. En un espace de temps variant de 2 à 6 jours, les quintes tombaient généralement de 15 à 20, à 4 ou 5 dans les 24 heures. En même temps, elles diminuaient d'intensité; les vomissements et les épistaxis devenaient très rares. Le résultat se produisait concurremment avec la rétrocession du catarrhe nasal. Il n'y avait plus d'écoulement apparent, la muqueuse était moins injectée et les mères me faisaient remarquer que les enfants portaient moins fréquemment leurs mains au nez. L'état général s'améliorait en même temps d'une façon remarquable. Toutefois, dans la moitié des cas environ, une fois ce degré d'amélioration obtenu, l'état restait stationnaire et il fallait encore de 15 à 20 jours pour obtenir la cessation complète des quintes. Il est vrai que, dans cette population pauvre, insouciante, les conditions hygiéniques étaient déplorables et que les enfants sortaient malgré le froid et l'humidité de la saison.

Lorsque j'étais appelé à temps, j'avais recours aux insufflations nasales, dès le début de la coqueluche, pendant la période catarrhale. Dans tous ces cas, la maladie fut relativement légère, et une guérison radicale était obtenue en 8 ou 15 jours, quelquefois plus tôt. Dans trois cas, notamment, il y eut une véritable action abortive; la toux ne prit jamais la forme

---

sation au Salon de l'an dernier. Cette fois, la main du statuaire paraît s'être singulièrement alourdie. Les *nuds* sont lâchés; les draperies sont pesantes et empaquetées; l'ensemble a l'air grossier. Peut-être le ton malheureux du marbre est-il pour beaucoup dans cette impression ?

En sculpture, la qualité de la matière est d'une importance considérable.

M. Peynot qui, sous le titre de « La proie » expose également un grand groupe décoratif en marbre bleu, inachevé d'ailleurs, doit, pour une bonne part, attribuer le peu de succès de son œuvre à l'imperfection de la matière employée. Ce groupe de deux hommes qui se disputent sur une pointe de rocher un aigle blessé, est par trop confus ; il est inextricable à première vue, mais il est plein de force, de fougue, de hardiesse, et certains morceaux sont supérieurement traités.

Une figure toute simple de M. Mathurin Moreau « L'avenir », nous a reposé de toutes les productions ou violentes ou tourmentées qui, par des efforts visibles, cherchent à inaugurer une mode nouvelle. La sculpture de M. Moreau n'a rien des façons d'aujourd'hui ; elle est d'hier, et même d'avant-hier. « L'avenir » est personnifié par un jeune garçon studieux, debout, qui lit, appuyé légèrement à un support bas. Autour de lui sont différents attributs : des livres, des cahiers, un niveau, un petit fusil qui fait songer aux bataillons scolaires, et qui surprend un peu à côté de cet enfant tout nu. Mais l'allégorie peut tout se permettre. La figure, très gracieuse d'aspect, de proportions irréprochables et solidement construits, fait songer à certains antiques. La surface, quelque peu fruste, ne nuit pas à l'illusion.

©BIU Santé

quinteuse. Peut-être ne s'agissait-il que de catarrhes simples? mais, cependant, dans les trois cas, les enfants se trouvaient en contact permanent avec des frères ou des sœurs déjà atteints par la maladie.

J'avais ainsi traité 18 enfants par les insufflations de poudre de café et d'acide borique quand parut un article de M. le professeur Grasset qui rendait compte de recherches analogues faites antérieurement par M. Michael (de Hambourg).

Ce dernier, après avoir essayé de diverses poudres, donnait la préférence aux insufflations de benjoin pulvérisé. Les résultats qu'il avait obtenus concordaient d'une manière remarquable avec les miens. J'essayai alors la poudre de benjoin comparativement avec la mienne. Elle me donna des résultats absolument semblables, mais je n'obtenais pas davantage de guérison radicale dans les cas où la poudre précédente semblait ne plus agir. Ces résultats sont donc moins brillants que ceux qu'annonce M. Michael. Je crois qu'il faut en rechercher la cause dans les infractions aux règles de l'hygiène que j'ai signalées plus haut et qui, loin d'infirmer la valeur des insufflations, corroborent leur efficacité, puisque, dans des conditions aussi défectueuses, elles ont produit des effets plus rapides que tout autre traitement connu. En résumé, on peut conclure : 1° que la méthode des insufflations nasales constitue le traitement le plus inoffensif, le plus efficace et le plus rapide de la coqueluche; 2° il semble, mieux que tout autre, mettre à l'abri des complications qui dépendent de la maladie même : vomissements, hémorrhagies, dénutrition, aussi bien que des complications étrangères, telles que la pneumonie.

En présence de ces résultats encourageants, il y a lieu d'espérer que ces essais seront renouvelés et contrôlés par d'autres confrères.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE BOTANIQUE, par M. H. BAILLON, avec la collaboration de MM. J. DE SEYNES,

Pour le dire tout de suite, nous retrouverons, à la salle 13 de la peinture, un grand et beau tableau de M. Chocarne qui représente M. Mathurin Moreau en train de travailler à cette figure de l'avenir. C'est une des bonnes toiles du salon; la tonalité volontairement assourdie; la lumière répartie d'une façon uniforme et sans éclats, le dessin correct et suffisamment serré, forment un ensemble agréable à voir, discret, distingué, et nous sommes bien tenté de dire : raisonnable. Ce mot qui naguère sonnait comme une injure aux oreilles des débutants et même des autres, sera bientôt l'éloge le plus recherché au milieu des « decadences », des « incohérences » et des inepties de toutes sortes qui mènent l'assaut contre le bon sens de notre pays.

Les peintres et les dessinateurs se permettent, en effet, à l'exemple des littérateurs de ce temps, un tas d'excentricités auxquelles se refuse la dignité de l'air sculptural. Et c'est pourquoi les expositions de la statuaire, bien qu'inégales entre elles, restent, en somme, supérieures aux expositions de peinture.

Laissez-moi donc encore un instant, cher lecteur, regarder cette population de marbre, de plâtre et de bronze. Nous regagnerons ce temps en allant plus vite quand nous serons dans le département de la toile coloriée.

Nous voudrions faire remarquer qu'à l'inverse des maîtres précédents qui ne sont pas en progrès cette année, M. Dalou a vaillamment réagi contre son erreur de 1883 (le triomphe de Silène). Le « projet de tombeau pour Victor Hugo, à ériger au Panthéon » montre combien sont grandes les ressources du talent, évidemment très souple, de M. Dalou. Ce n'est pas, toutefois, que ce projet nous captive outre mesure. Une chambre à coucher,

J. de Lanessan, E. Mussat, W. Nylander, etc., etc. — Dessins de A. Faguet. — Vingtième fascicule. — GONA—GYTO. — Librairie Hachette.

Ce vingtième fascicule complète le deuxième volume du grand Dictionnaire publié sous la direction de M. le professeur Baillon. Il s'arrête au mot GYTONANTHUS. On peut juger approximativement par là le chemin déjà important que l'œuvre a fait. Au point où elle est arrivée, on peut l'apprécier d'une manière générale, la juger en pleine connaissance. Véritable encyclopédie botanique, ses auteurs ne négligent rien de ce qui intéresse le règne végétal et son étude. Comme dictionnaire, on y trouve une immense succession de mots par ordre alphabétique, et cet ordre alphabétique donne une admirable facilité pour les recherches. Mais l'intérêt serait minime, si cette facilité ne menait qu'à de simples définitions lexicographiques. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi; c'est de la science encore plus que de la lexicographie. En effet, les doctrines sont discutées; l'organographie, l'anatomie, la physiologie végétales sont traitées d'une manière sobre, mais complète. Quelques articles sont de véritables monographies, où la science est résumée avec précision et clarté. La biographie même a sa place; et le lecteur aime à voir passer sous ses yeux les vénérables figures qui marquent les laborieuses et successives étapes de la science. L'histologie végétale, en particulier, a des expositions remarquables; et ce fait nous porte naturellement à signaler l'aide précieuse que les auteurs ont trouvée dans les délicieux dessins de M. A. Faguet, artiste de premier ordre. Ses dessins, c'est la nature même; ils suffiraient pour donner à la publication une valeur sans rivale au point de vue des études. Les travaux des auteurs et les dessins de M. Faguet se sont attachés à reproduire les détails intimes de tous les tissus des végétaux, et cette reproduction ne laisse rien à désirer. Si la place ne nous manquait, nous en citerions de nombreux exemples. Nous nous bornerons à indiquer comme spécimen la représentation grossie du tissu de l'écorce du grenadier, où le trait fin, net et exact offre la vue la plus claire de l'organisation intime de ce tissu. Ce dessin donne une excellente idée du mérite des autres dessins de cette catégorie.

Les sujets traités dans le Dictionnaire qui nous occupe, les enseignements qu'il renferme sont abondants et divers. Il est impossible de les aborder tous dans un court article; il faut les chercher à leur rang dans le volume, la peine ne sera pas perdue. Nous recommandons toutefois l'article GYNÉCÉE ou PISTIL, avec ses nombreux et charmants dessins, où l'on voit toutes les formes, toutes les combinaisons, tous les arrangements de l'organe femelle de la fleur des phanérogames, avec les ovules; l'article

---

quelque complaisance qu'on y mette, ne peut pas, du premier coup, être acceptée comme un monument funéraire. Mais on doit reconnaître que le lit sur lequel gît encore le poète incomparable, — un vrai lit, avec ses pieds et ses couvertures, — que le cintre élancé qui surmonte la tête du lit, et qui sert de support aux figures rappelant les principales créations du génie « expiré », sont d'une fort belle ordonnance et du plus triomphal aspect.

Les journaux illustrés en ont déjà publié le dessin, qui fait merveille. Reste à savoir si la pierre ou le marbre s'accommoderont d'une telle complication. Pour notre part, nous ne pouvons nous défendre de sérieuses appréhensions à ce sujet. Le Panthéon décidera.

M. Schrœder, qui n'appartient probablement pas à l'école positiviste, a eu l'idée de nous présenter un philosophe méditant profondément sur l'origine des choses, ou, tout au moins, de la vie. Le philosophe est chauve, barbu, comme les disciples du Portique, le torse nu et d'une bonne anatomie; il est assis et tient dans sa main un œuf. Il se demande si l'œuf vient de la poule, ou la poule de l'œuf? « Science et mystère », dit le livret. « Ni l'un ni l'autre », répondent les élèves de Comte et de Littré. On ne le sait pas, et il importe peu de le savoir. Mais tout porte à penser que c'est à l'œuf qu'il convient d'attribuer la priorité, si par œuf on veut bien entendre la première molécule albumineuse qui s'est formée on ne sait pas comment. Au sens vulgaire, cela n'est pas plus mystérieux que toutes choses; au sens théologique, il n'y a mystère que là où existe une contradiction irréductible.

©BIU Santé

GRAINE, si riche de détails, entre autres, sur la formation de la graine; et, pour signaler le côté pratique de l'œuvre, l'article GREFFE, qui nous donne dans d'excellents dessins, de manière à permettre de les imiter, la vue des greffes diverses.

Ce qui intéresse surtout les médecins dans le *Dictionnaire de botanique*, ce sont les articles et les dessins relatifs aux plantes médicinales. Sous ce rapport, ce Dictionnaire est remarquable. Les étudiants et les praticiens y trouvent,, avec un texte explicatif au niveau des connaissances du jour, et pour éclairer ce texte, des dessins qui donnent le port des végétaux, leur aspect général, les détails de leur organisation, feuilles, fleurs, fruits, etc., etc., de manière à les faire connaître ou à les rappeler, comme s'ils étaient en nature sous les yeux.

En résumé, à en juger par les deux premiers volumes, la publication de M. le professeur Baillon a une incontestable valeur, et nous ne croyons pas qu'il existe une autre publication du même genre qui offre un intérêt aussi général et une aussi réelle utilité. Une part importante de mérite revient à la maison Hachette; car le papier et les caractères sont d'une grande beauté. — Dr G. RICHELOT père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin. — Présidence de M. TRÉLAT.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Damaschino, pour la section de pathologie interne; de MM. Railliet et Barrier (d'Alfort), pour la section de médecine vétérinaire;

2° Diverses présentations sont faites par MM. De Villiers, Larrey, Dujardin-Beaumetz.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger.

La commission porte : En première ligne, M. Michaux (de Louvain); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Van Beneden (de Louvain) et Ch. West (de Londres).

Le nombre des votants étant de 67, majorité 34, M. Michaux obtient 58 voix; M. Van Beneden, 8; M. West, 1.

M. Michaux est élu.

Un scrutin a lieu ensuite pour l'élection d'un correspondant national.

M. Thahard nous offre, sous le titre de « L'enfance d'Annibal », un groupe en plâtre dont le moindre défaut est de n'avoir que des rapports très éloignés avec la légende qui explique le sujet. Un jeune garçon maigrelet et trop *tortillé*, le genou appuyé sur le ventre d'un aigle renversé, cherche à prendre dans sa main le bec du redoutable rapace. Cette prétention dangereuse et bien invraisemblable rend le téméraire lutteur extrêmement sérieux. Il y a de quoi. Voici maintenant ce que porte la légende, empruntée au roman de *Salambô* de G. Flaubert : « La bête furieuse l'enveloppait du battement de ses ailes; il l'étreignait contre sa poitrine, et, à mesure qu'elle agonisait, ses rires redoublaient éclatants et superbes comme des chocs d'épée. » Ah! pauvre Flaubert, chef de l'école dite naturaliste, que viennent faire, dans cette phrase amphibologique, des chocs d'épée. semblables à des rires?

Nous n'avons pu voir sans un profond attendrissement et sans d'amers regrets les deux œuvres remarquables qui constituent le testament de feu Alexandre Schœnewerk : La statue monumentale de Lulli, en marbre, pour le péristyle de l'Opéra, et un groupe en marbre représentant une jeune fille qui tient l'amour en captivité, « Un prisonnier dangereux ». La première, traitée avec une ampleur, une sûreté magistrales; l'autre, avec une habileté, une souplesse, une grâce, une légèreté hors ligne. Le malheureux et charmant artiste valait mieux que sa destinée, ou, plutôt, il n'a pas laissé le temps à la destinée de s'accomplir et de devenir meilleure. Désespéré, il a voulu mourir trop tôt. Combien en est-il, par contre, qui, obstinés sans raison, meurent trop tard!

(*A suivre.*) Cl. SUTT.

La commission porte : En première ligne, M. Diday (de Lyon); en deuxième ligne, MM. Grasset (de Montpellier) et Mahé (de Constantinople); en troisième ligne, MM. Mandon (de Limoges); Picot (de Bordeaux); Tillot (de Luxeuil).

Le nombre des votants étant de 66, majorité 34, M. Diday obtient 60 voix; M. Mahé, 5; M. Picot, 1.

M. Diday est élu.

M. Panas lit un travail intitulé : *Du traitement de certaines formes de glaucome sans opération.*

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Les myotiques sous forme de collyre, considérés jusqu'ici comme de simples palliatifs, peuvent devenir des agents curatifs véritables dans certaines formes de glaucome.

2° Les formes qui semblent en bénéficier le plus sont celles précisément où les opérations seules (iridectomie, sclérotomie) se montrent souvent impuissantes.

3° Pour obtenir des myotiques tout ce qu'ils peuvent donner, il faut en prolonger l'usage pendant un temps plus ou moins long.

4° A tout prendre, ceux-ci constituent un moyen adjuvant des plus efficaces, toutes les fois que les opérations se sont montrées impuissantes à enrayer la marche croissante du processus glaucomateux.

5° Maintenant que l'attention des praticiens est attirée sur ce mode de traitement, j'espère que des observations cliniques de même genre ne tarderont pas à nous être communiquées par d'autres observateurs. »

M. Brouardel fait un rapport sur un cas de momification d'un cadavre avec applications à la médecine légale.

M. Brouardel rappelle d'abord le fait communiqué à l'Académie par M. Andouard, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, et l'interprétation proposée pour ce fait.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans dont le corps fut découvert complètement momifié dans un caveau où il se trouvait recouvert de paille. M. Andouard attribue à l'extrême sécheresse du lieu la conservation du cadavre et l'état dans lequel il était lorsqu'on le découvrit plus d'un an après la mort. Le poids en était tellement réduit qu'une jambe détachée ne pesait plus que 860 grammes. Cette jambe est mise sous les yeux de l'Académie. La peau est plissée, brunâtre, rigide, sonore comme du carton. Quand on la presse, elle cède un peu en donnant la sensation d'un rembourrage interposé entre elle et les os.

M. Brouardel a fait examiner par M. Mégnin la poussière interposée en abondance entre les fibrilles desséchées du système cellulaire. Elle est constituée entièrement par les cadavres de myriades d'acariens de tous les âges appartenant à cinq espèces distinctes : 1° le tyroglyphus siro; 2° le tyroglyphus longior; 3° le lopophagus œchinopus; 3° un uropode d'espèce nouvelle et enfin le cheyletus eruditus.

Les quatre premières espèces sont des travailleurs actifs, des dévorants des matières organiques, et ils ont été les agents de la disparition des tissus musculaire, vasculaire et parenchymateux du cadavre. Mais le dernier n'y a pas contribué. C'est un chasseur d'acariens attiré par la présence des tyroglyphus dont il fait sa pâture habituelle. Ce sont les acariens des premières espèces apportés par la paille qui recouvrait le cadavre qui ont été les principaux agents de la momification.

Cette question présente un grand intérêt au point de vue médico-légal.

Déjà, en 1855, M. le docteur Bergeret (d'Arbois) a pu, par l'étude des nymphes et des larves d'insectes dans le cadavre d'un nouveau-né momifié, établir que la naissance, suivie de mort, remontait à deux ans.

Depuis le 15 janvier 1878, M. Brouardel et M. Descout ont pu arriver deux fois à un résultat analogue à l'aide des déterminations que M. Mégnin leur avait faites des acarus trouvés dans les cadavres.

M. Brouardel cite deux exemples pour montrer comment il faut procéder en pareil cas.

L'un de ces faits est relatif à un jeune garçon de 7 à 8 ans trouvé, dans le courant de l'année 1882, dans une caisse à savon et complètement desséché. La momie, débar-

©BIU Santé

rassée de ses enveloppes, avait ses téguments collés aux os par suite de la dessication et de la disparition presque complète de la substance musculaire. Les téguments étaient détruits en très grande partie et les os apparaissaient recouverts d'une matière pulvérulente jaunâtre. Cette poussière, examinée au microscope, était entièrement composée d'acariens de l'espèce *tyroglyphus longior* et de leurs déjections; on trouvait, en outre, des débris de *dermestes* et d'*anthrènes*.

On peut tirer des renseignements précieux de la présence de ces différents insectes, relativement à la détermination du temps écoulé depuis la mort du sujet.

Quand un cadavre est exposé à l'air libre, il est envahi d'abord par les diptères ou asticots qui absorbent toutes les parties liquides, puis viennent les dirmestes et leurs arves qui font disparaître les matières grasses, et enfin les anthrènes et les acariens qui dévorent les parties molles.

Dans le cas actuel, le cadavre était renfermé dans une boîte dont les ais mal joints, en arrêtant les gros coléoptères et les grosses mouches, ont laissé passer deux petites espèces dont les larves se sont multipliées rapidement. Chaque génération de ces insectes n'a en effet que six semaines à deux mois d'existence et ils ont pris toute une saison chaude. Puis le froid est revenu et, au printemps suivant, le cadavre, débarrassé des humeurs aqueuses, a été envahi par les dermites qui ont mis de quatre à cinq mois pour absorber le gras du cadavre. Puis sont venus les anthrènes et les acariens du genre tyroglyphus qui se sont multipliés durant plusieurs mois. La mort de l'enfant remontait donc au moins à deux ans. L'enquête a prouvé que ces déductions étaient exactes.

M. Brouardel s'appuie sur cet exemple et sur d'autres semblables pour montrer quel parti les médecins légistes peuvent tirer de l'examen microscopique des débris d'insectes pour fixer la date à laquelle remonte le commencement de la modification des cadavres que l'on trouve à l'état sec.

Il termine en en proposant d'adresser des remerciements à M. Andouard pour son intéressante communication. (Adopté.)

M. Charles Monod lit un travail sur la néphrectomie.

Après avoir résumé l'observation d'un malade auquel il a pratiqué avec succès cette opération, observation qui se distingue des faits analogues par la nature des accidents qui ont précédé l'opération, par les lésions que présentait le rein enlevé, par la longueur insolite de la période de cicatrisation de la plaie, l'auteur croit devoir appeler particulièrement l'attention sur la conclusion suivante qui découle de cette observation.

Les kystes du rein, complication fréquente de la néphrite interstitielle, peuvent donner lieu à une véritable fistule rénale.

Le diagnostic d'une pareille lésion est sur le vivant très difficile, sinon absolument impossible.

Mais l'on peut du moins, en faisant absorber aux malades des substances qui passent facilement dans l'urine, apprécier l'état du filtre rénal.

Si, comme dans le cas présent, il devient évident que le rein est profondément altéré, l'intervention chirurgicale, nécessaire pour la cure de la fistule, devra aller d'emblée jusqu'à l'ablation totale de l'organe malade; la néphrectomie simple serait à la fois insuffisante et dangereuse. » (Comm. MM. Lannelongue, Marc Sée, Polaillon.)

— La séance est levée à quatre heures quarante-cinq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Présentation. — Traitement de l'occlusion intestinale. — Des portes d'entrée de l'ostéomyélite. — Claudication intermittente. — De l'uréthrotomie interne. — Présentation de malade et d'appareil pour empêcher la luxation de l'épaule de se reproduire. — Cure radicale de la hernie. — Variété de tourbe propre aux pansements. — Election d'un membre titulaire.

M. Trélat présente : 1° au nom de M. le docteur Bouloumié, un travail relatif au traitement par les eaux de Vittel après l'opération de le pierre; — 2° de la part de

©BIU Santé

M. le docteur Baudry (de Lille), la première partie d'un ouvrage intitulé : *Eléments de pathologie chirurgicale générale.*

— M. le docteur Heydenreich (de Nancy) lit un travail sur le traitement de l'occlusion intestinale. (Comm. MM. Tillaux, Kirmisson.)

M. Lannelongue fait une communication intitulée : *Des portes d'entrée de l'ostéomyélite.* Jusqu'à la découverte des microbes de l'ostéomyélite, on a expliqué le développement de cette affection par diverses causes, telles que le froid, le traumatisme, le surmenage, etc., intervenant surtout chez des enfants et des adolescents. Mais ces causes, jointes à l'influence du travail physiologique qui se passe au niveau du bulbe de l'os et qui préside à son accroissement, étaient tout à fait insuffisants pour expliquer la manière d'être de cette grave affection.

M. Pasteur a, le premier, donné la description morphologique du microbe de l'ostéomyélite, microbe d'ailleurs identique à celui que le même observateur avait trouvé dans le furoncle. Ce microbe qui, dans les milieux de culture, prend une coloration jaune et se présente sous la forme de petits grains associés par deux, en amas ou en grappe, a reçu le nom de *staphylococcus pyogenes aureus*, de *microbe en grappe de raisin*, de *microbe doré*. On le rencontre, en dehors de l'ostéomyélite dans le pus des phlegmons, des abcès chauds, dans les furoncles, l'anthrax, etc.

L'injection du pus de l'ostéomyélite ou des liquides de culture du microbe doré dans les veines des lapins et des cobayes détermine, suivant la quantité introduite, ou bien des lésions généralisées échappant à l'analyse rigoureuse, ou bien des lésions locales dans les os longs, le fémur, le tibia, l'humérus.

Ces lésions diverses : ostéite raréfiante, abcès, séquestres, semblent identiques tant par leurs caractères anatomiques que par leur siége juxta-épiphysaire à celles qui caractérisent l'ostéomyélite dans l'espèce humaine. Les expériences les plus concluantes sont celles de M. Rodet (de Lyon), qui s'est placé dans les meilleures conditions en prenant de très jeunes animaux comme sujets de ses expériences.

Il résulte de ces travaux que l'ostéomyélite est aujourd'hui considérée comme une maladie infectieuse qui, à l'exemple de la tuberculose, de l'érysipèle et de bien d'autres encore, se développe sous l'influence de l'introduction dans l'économie d'un micro-organisme défini. Cet organisme est la cause déterminante, la croissance des os restant ailleurs une condition importante de l'apparition de la maladie.

Quelle est donc la porte d'entrée du micro-organisme? M. Lannelongue pense qu'elle est constituée par les solutions de continuité des téguments. Il a été mis sur la voie de cette découverte en observant un jeune poulain de son écurie qui succomba très rapidement à une ostéomyélite du crâne après avoir présenté pendant quelque temps des aphthes buccaux.

Très frappé de ce fait, M. Lannelonge a recherché si les faits cliniques pouvaient confirmer cette hypothèse. Il a vu que le panaris profond ou osseux, consécutif d'habitude à des piqûres ou à des écorchures superficielles des doigts, n'est autre chose, le plus souvent, qu'une ostéomyélite des phalanges. Il en est de même pour l'ostéomyélite des autres os. Il a pu, dans presque tous les cas, en interrogeant minutieusement les parents et en examinant à fond les petits malades, s'assurer qu'il existait, un certain temps (quinze jours ou trois semaines en général) avant l'apparition de l'ostéomyélite, une solution quelconque de continuité, soit du tégument externe, soit des muqueuses.

Dans une thèse que termine en ce moment un de ses élèves, M. Agala, il est noté que, sur 14 observations, il y avait eu 6 fois des écorchures ou des excoriations, 4 fois des suppurations superficielles (furoncles ou abcès), 2 fois des engelures, 1 fois une plaie, 1 fois des aphthes buccaux.

Outre ces 14 observations, M. Lannelongue a vu un certain nombre de faits du même genre, en particulier un cas d'ostéomyélite survenue chez un enfant portant de l'ecthyma au cuir chevelu, et plusieurs cas d'ostéomyélite des maxillaires chez des enfants ayant des lésions gingivales liées à l'évolution dentaire.

Il croit donc qu'on peut, dans un cas donné d'ostéomyélite, retrouver le plus souvent

la porte d'entrée; lorsqu'elle échappe, c'est qu'elle a rapidement disparu ou qu'on la cherche d'une manière insuffisante.

M. Trélat fait observer à M. Lannelongue qu'il n'a pas démontré la porte d'entrée de l'agent infectieux de l'ostéomyélite, mais seulement la possibilité de l'action de cette cause.

M. Terrier est d'autant plus disposé à révoquer en doute la relation de cause à effet entre l'ulcération de la bouche et l'ostéomyélite du poulain de M. Lannelongue, qu'il n'existe pas, dans la science, un seul exemple, chez l'animal, d'ostéomyélite analogue à l'ostéomyélite de l'espèce humaine.

— M. Terrillon présente un homme de 37 ans qui offre un exemple rare de guérison après l'amputation d'une claudication intermittente survenue à la suite d'une ulcération du pied accompagnée de douleurs violentes et de gangrène des orteils et du pied. M. Charcot, dans le service duquel était ce malade, pensant qu'une intervention chirurgicale pourrait avoir pour effet d'arrêter la gangrène envahissante et de faire cesser des douleurs intolérables rebelles à la morphine, adressa le malade à M. Terrillon. Après l'avoir tenu quelque temps en observation, M. Terrillon s'est décidé à l'opérer, et le résultat de l'opération a été des plus favorables, car le malade est aujourd'hui complètement guéri; la gangrène s'est arrêtée et les douleurs ont disparu sans retour.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne.

M. Horteloup croit que les rétrécissements compliqués de fistules urinaires et d'induration des tissus péri-uréthraux, doivent être attaqués de préférence par l'instrument tranchant.

A l'uréthrotome de M. Maisonneuve, auquel il reproche d'agir en aveugle, M. Horteloup préfère un instrument qu'il a imaginé et dont il se sert depuis plus de dix ans.

Cet instrument se compose d'un tube creux, ayant la forme d'une sonde, dans lequel glisse une tige à l'extrémité de laquelle se trouve une lame mousse que l'on peut faire sortir en appuyant sur l'anneau extérieur. A 7 centimètres de l'extrémité du tube se trouve une olive qui vient buter contre le rétrécissement et bien indiquer l'endroit malade.

Pour faire une uréthrotomie, M. Horteloup emploie quatre de ces instruments dont le volume variable est gradué d'après le numéro de la filière que doivent traverser l'uréthrotome, l'olive et la lame plus ou moins ouverte.

La lame de ces instruments est mousse; elle ne fait donc pas, très probablement, d'incisions, mais plutôt de simples mouchetures. M. Horteloup, n'ayant jamais eu de cas de mort, n'a pu vérifier *de visu* le résultat opératoire.

Après l'opération, M. Horteloup introduit une bougie dont le volume dépend de la dimension du méat urinaire et du débridement qu'il a cru devoir faire au rétrécissement; elle varie du n° 16 au n° 22. Après l'avoir laissée une minute environ, il la retire et il ne place jamais de sonde à demeure. Douze ou quinze jours après l'opération, il commence le passage des bougies.

L'uréthrotomie interne ne convient pas aux rétrécissements de cause traumatique. Pour ceux-ci, il faut recourir à l'urethrotomie externe, qui seule permet d'attaquer non seulement le rétrécissement, mais encore les brides que l'on pourrait appeler le rétrécissement extérieur.

M. Horteloup opère par l'uréthrotomie externe les malades atteints de rétrécissements étroits, compliqués de fistules d'induration du périnée et dont l'état général ne peut laisser de doutes qu'ils ne soient sous l'influence d'un empoisonnement urineux.

En terminant, M. Horteloup se résume en disant que les différents procédés opératoires : divulsion, uréthrotomie interne, uréthrotomie externe, ont des indications bien distinctes et qu'en les connaissant bien les chirurgiens évitent de plus en plus des échecs opératoires toujours ennuyeux et des désastres toujours pénibles.

M. Humbert est tout à fait satisfait de l'uréthrotomie interne. Sur douze opérations, il n'a eu que des succès. Jamais d'accidents, ni hémorrhagie, ni infiltration urineuse; trois fois seulement on a noté une légère élévation de température, d'ailleurs passagère.

Tous les malades, à leur sortie de l'hôpital, passaient facilement une bougie n° 20 ; aucun n'est venu réclamer de nouveaux soins.

M. Humbert observe, dans la pratique de l'uréthrotomie, les précautions les plus minutieuses avant, pendant et après l'opération. Il n'emploie que la lame moyenne de l'uréthrotome, qui lui a suffi dans tous les cas ; après l'incision, il pousse sans force, à canal ouvert, une injection d'acide borique. La sonde à demeure, qu'on retire le lendemain, est toujours de petit calibre. Une fois seulement il n'a pas introduit de sonde ; le résultat n'a pas été moins favorable. Ce n'est pas à dire que cette pratique doive être conseillée, mais il vaudrait certainement mieux s'abstenir que d'introduire une sonde de volume considérable, ce qui est à la fois inutile et dangereux. Il va sans dire qu'aucun instruments n'est introduit dans l'urèthre avant d'avoir été plongé dans une solution antiseptique.

Quand on suit strictement les règles les plus rigoureuses de l'uréthrotomie, cette opération est réellement inoffensive ; mais elle ne l'est qu'à ce prix, et la moindre négligence peut exposer aux plus graves mécomptes.

C'est pourquoi les résultats fournis par les statistiques, même les plus considérables, ne doivent être acceptés qu'après l'examen de chaque observation. Il y a bien des faits malheureux dont on s'est servi pour critiquer l'uréthrotomie interne et qui sont sans valeur, parce que l'opération est loin d'avoir été été pratiquée avec toutes les précautions nécessaires. Trop souvent on a employé la grande lame de l'uréthrotome ; on a introduit des sondes volumineuses n° 20 ou 22 ; d'autres fois on a fait des sections multiples de l'urèthre, on a pratiqué plusieurs cathétérismes successifs, on a même fait des fausses routes. M. Humbert cite plusieurs exemples d'accidents graves, même mortels, qui doivent être attribués moins à l'uréthrotomie elle-même qu'à la manière dont elle a été faite.

Il n'y a pas lieu de comparer l'uréthrotomie interne à l'uréthrotomie externe ; cette dernière opération est certainement excellente, mais elle a des indications spéciales, et ne saurait être appliquée à tous les rétrécissements rebelles à la dilatation.

L'uréthrotomie interne ne peut être comparée qu'à la divulsion. M. Humbert ne critique pas la divulsion, car il ne l'a jamais employée et n'a pas d'expérience à cet égard. Mais il n'est pas tenté d'abandonner l'uréthrotomie interne, car, même en principe, une section nette et limitée de l'urèthre lui paraît préférable à une rupture. Il aimerait mieux le procédé de M. Le Fort, qu'il essayera volontiers à l'occasion.

En résumé, M. Humbert pense qu'on peut discuter sur la valeur relative de l'uréthrotomie interne, de la divulsion et du procédé de M. Le Fort. Mais personne n'est autorisé à dire que l'uréthrotomie interne, bien faite, offre plus de dangers qu'aucune autre des méthodes qui peuvent lui être comparées.

M. Polaillon a obtenu des résultats analogues à ceux indiqués par M. Humbert.

M. Marc Sée conteste l'opportunité du conseil donné par quelques-uns de ses collègues de passer une sonde immédiatement après l'incision du rétrécissement.

— M. Léon Le Fort présente un malade chez lequel il a réussi, au moyen d'un appareil spécial, à empêcher la reproduction d'une luxation de l'épaule qui s'était déjà reproduite 72 fois.

— M. Nicaise présente un nouveau malade auquel il a pratiqué avec succès l'opération de la cure radicale de la hernie inguinale.

— M. Redon (?) met sous les yeux de la Société de chirurgie une variété de tourbe pouvant se transformer en véritable ouate susceptible de servir aux pansements des plaies. Cette ouate serait absolument aseptique, absorbante, imputrescible et, en outre, très compressible, ce qui permettait de la transporter facilement.

— Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie a procédé par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire. M. Peyrot a été élu par 22 voix sur 24 votants ; il avait pour concurrents MM. Schwartz, Prengrueber et Segond. — A. T.

©BIU Santé

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN MÉTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Pharmaciens des hôpitaux.* — Le concours ouvert le 1er mai, pour la nomination à trois places de pharmacien des hôpitaux de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Meillère (déjà pharmacien de l'Asile public des aliénés de Vaucluse), Béhal (interne en pharmacie de cinquième année) et Berthoud (interne en pharmacie de troisième année).

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à l'École de médecine d'Amiens, est transformée en chaire de clinique obstétricale et de gynécologie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rovillain, vice-président de l'Association des médecins de la Somme, décédé à Camon, le 30 mai 1886, dans sa soixante-treizième année ; et de M. le docteur Jules Magaud (de Lyon).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Bard, agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de médecine expérimentale et comparée à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le Conseil municipal de la ville de Nancy vient d'accepter la subvention de 500,000 francs offerte par le gouvernement et de voter une somme de 300,000 francs, pour la création d'un Institut anatomique et d'un Institut chimique.

L'Institut anatomique comporterait l'installation des services d'anatomie auprès du nouvel hôpital civil où, probablement, on sera amené progressivement à transférer la plus grande partie de la Faculté de médecine, dont les locaux seraient consacrés à l'agrandissement des Facultés voisines, qui sont trop à l'étroit dans les bâtiments du palais de l'Académie.

L'Institut chimique aura surtout pour but de fournir des chimistes aux diverses branches de l'industrie et notamment à celles qui sont si largement représentées dans la région. En Allemagne, il y a beaucoup d'institutions analogues.

LE QUINIUM ROY GRANULÉ, formé de l'extrait aqueux de quinquina uni au Quinium, l'un contenant le tannin, l'autre tous les alcaloïdes, représente exactement la poudre de quinquina moins les parties inutiles. Il est soluble dans le vin et l'eau et s'emploie à la dose de 1/2 cuiller à café à 1 cuiller à bouche.

LES PILULES DE QUASSINE FREMINT contiennent chacune 2 centigrammes de quassine amorphe pure. Elles sont préparées au pilulier ordinaire et non à la bassine comme la plupart des pilules ou dragées du commerce. Comme excipient, elles contiennent une certaine quantité d'extraits amers qui les empêchent de ducir tout en augmentant leur efficacité.

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, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. A. Verneuil : Des effets différents de la contusion articulaire suivant l'état constitutionnel du blessé. — II. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Causerie. — V. Formulaire.

Des effets différents de la contusion articulaire suivant l'état constitutionnel du blessé.

Leçon clinique par M. le professeur A. Verneuil.

On sait avec quelle facilité le traumatisme éveille les maladies constitutionnelles latentes ou réveille les propathies plus ou moins anciennes ; or, de toutes ses formes, la contusion est peut-être celle qui possède au plus haut degré cette fâcheuse propriété. Ce n'est pas la première fois d'ailleurs que je signale celle-ci. J'y ai déjà fait allusion dans l'article *Contusion* du *Dictionnaire encyclopédique*, à propos du pronostic (p. 143), en montrant que les résultats immédiats ou éloignés de la contusion variaient chez les enfants et les vieillards, chez les arthritiques, les syphilitiques, les scrofuleux, etc.

Depuis lors, j'ai recueilli un certain nombre de faits qui sont venus confirmer les opinions émises dans cet article. Parmi eux, je citerai particulièrement les trois suivants, relatifs à une même lésion survenant chez des sujets de même âge, mais dont l'un était tuberculeux, le second arthritique, et le troisième hystérique. Chez le premier, la contusion a déterminé la production de foyers tuberculeux locaux et à distance ; chez le second, une manifestation locale aiguë du rhumatisme ; chez le troisième, une contracture rebelle des muscles de la région, contracture qui a fait croire longtemps à une affection très grave et qui a cessé après l'anesthésie par le chloroforme.

A l'automne de 1879, on pouvait voir à la fois dans mes salles ces trois malades, prouvant, d'une manière péremptoire, combien les conséquences d'une même lésion peuvent varier suivant les prédispositions morbides des

FEUILLETON

CAUSERIE

Pour le prochain recensement. — La maladie des gêneurs.

Le recensement de la population, tel qu'il s'est effectué ces temps derniers, est évidemment une opération incomplète; rien n'était plus facile que d'utiliser cette espèce de plébiscite pour se procurer une foule de renseignements avec lesquels on aurait dressé des statistiques monumentales, que tous les efforts des savants ne remplaceront jamais. La belle affaire, quand nous saurons qu'il y a en France trente et quelques millions de sujets, sans compter les sujets de mécontentement, suivant l'inoubliable formule de Rochefort! Les choses intéressantes que les feuilles du recensement auraient pu révéler sont précisément les seules qui n'y figuraient pas; dans les questions insignifiantes qu'on lui posait, le public n'a vu qu'une curiosité inutile, il s'est rebiffé, a refusé de répondre ou a répondu de travers; en quoi il a eu tort.

Il fallait profiter de l'occasion pour obtenir une histoire complète des Français écrite par eux-mêmes, et l'on y serait parvenu très simplement en faisant un recensement anonyme. C'est une modification qui me paraît s'imposer pour la prochaine fois. Vous voulez savoir mon âge, ma nationalité, mon sexe, si je suis marié, célibataire ou veuf, etc.? D'accord, je vous dirai tout cela; mais quel intérêt avez-vous à savoir mes

©BIU Santé

blessés. La démonstration était si convaincante que j'en fis l'objet d'une leçon tout entière.

Obs. I. — *Chute sur le grand trochanter chez un phthisique au premier degré; développement rapide d'une coxo-tuberculose aiguë et d'une pneumo-tuberculose généralisée entraînant la mort en moins de trois mois.*

T. Alexandre, 21 ans, de haute taille, pâle, maigre, et vivant dans des conditions déplorables d'hygiène et d'alimentation, entre à la Pitié le 14 octobre, salle Saint-Louis, nº 48. Mère morte phthisique. Scrofuleux dès l'enfance et toussant depuis quelques mois, ayant eu déjà une hémoptysie, il a fait, il y a quinze jours une chute, de cheval dans laquelle le choc porta principalement sur le grand trochanter. La douleur fut vive, mais passagère, car T... put le surlendemain reprendre son travail. Mais bientôt les souffrances reparurent et rendirent la marche difficile.

Nous constatâmes alors les signes d'une simple contusion de la hanche que tout d'abord le repos et les résolutifs parurent soulager. En même temps, nous reconnûmes aux deux sommets les indices d'une tuberculisation commençante, et bientôt survinrent les signes d'une coxalgie à marche aiguë : Flexion de la cuisse, abduction, rotation en dehors, abaissement du bassin, douleurs vives au genou et à la hanche pendant la nuit, abolition de tous les mouvements, etc. La pression directe sur le grand trochanter et de bas en haut sur la plante du pied est insupportable, ce qui indique nettement l'existence d'une ostéo-arthrite. Au lieu d'immobiliser le malade dans la gouttière de Bonnet ou d'appliquer un appareil inamovible ouaté et silicaté, j'essaie l'extension continue en faisant la contre-extension dans le pli de l'aine à l'aide d'un gros tube de caoutchouc bien garni pour que la pression ne soit pas douloureuse. En deux jours on arrive à corriger l'attitude vicieuse du membre et à calmer presque complètement les douleurs. Malheureusement la pression, malgré toutes les précautions prises, est mal tolérée sur la face dorsale du pied et au pli génito-crural. En ce dernier point même le tube en caoutchouc provoque la formation d'une eschare linéaire superficielle, mais qui fait cependant renoncer à l'extension continue. On place alors le malade dans la gouttière de Bonnet ; les douleurs reparaissent dans l'articulation coxo-fémorale, mais sont à la vérité très supportables.

Tous ces essais avaient demandé quelques jours, à partir de l'invasion des accidents aigus du côté de la hanche, et quoique le malade fût bien soigné, bien nourri et chaudement couché dans un bon lit, des symptômes se montrèrent également du côté

---

nom et prénoms? Les chiffres et les catégories que fournira le recensement sont impersonnels; peu vous importe donc que je m'appelle Balandard ou autrement, pourvu que je remplisse consciencieusement ma feuille de ménage et mon bulletin individuel; car je ne suppose pas que vous ayez fait le recensement pour supputer combien il y a en France de Durand, combien de Martin, combien de Dupont et combien de Michel. Non seulement cela n'intéresse personne, mais c'est justement ce qui a donné au recensement ce caractère potinier et tant soit peu vexatoire contre lequel beaucoup de bons, et surtout de mauvais plaisants ont protesté en rédigeant leurs feuilles dans le style du *Tintamarre*.

Au contraire, supprimez le recensement nominatif, que tout le monde s'appelle X... ou Z..., faites, en un mot, un recensement masqué, et, à la faveur de ce masque, chacun s'empressera de se montrer tel qu'il est, comme la grande dame peinte par Gerveix n'a pas hésité à laisser tous ses vêtements sur un fauteuil, se jugeant suffisamment protégée contre les regards de la foule par le loup de velours noir qu'elle porte sur la figure. Si vous renoncez à connaître mon nom, si je suis dans votre recensement, non plus une personnalité, mais seulement une unité, comme cela doit être, alors je n'ai plus rien à vous cacher, et je vais gaiment vous abreuver de détails sur les choses les plus cachées de mon existence, d'autant plus volontiers que, si j'ai de fâcheuses confidences à vous faire, je puis toujours nourrir l'espoir qu'en dépouillant vos dossiers vous mettrez toutes mes turpitudes sur le compte d'un de mes voisins, peut-être de mon propriétaire lui-même!

de la poitrine, annonçant une poussée tuberculeuse vers les deux sommets, la toux, la fièvre, l'inappétence complétant le tableau. La phthisie, jusqu'alors douteuse et qui n'avait pas occasionné au patient un seul jour de maladie réelle, marcha sans relâche depuis ce moment. Un peu moins de trois mois après la chute sur le grand trochanter, T... mourait dans l'état cachectique le plus avancé.

A l'autopsie, on trouva une infiltration tuberculeuse généralisée aux deux poumons, avec cavernes aux deux sommets.

L'articulation de la hanche n'était pas moins profondément désorganisée. Elle était pleine de pus et des fusées purulentes s'étendaient en diverses directions tout autour d'elle. La tête du fémur était à moitié détruite et la cavité cotyloïde agrandie en tous sens. Des fongosités abondantes infiltrées de matières tuberculeuses tapissaient les os et la face profonde de la capsule.

En résumé, une contusion de médiocre intensité portant sur le grand trochanter et de là sur une articulation tout à fait saine, avait, en moins d'un mois, et malgré un traitement général et local bien conduit, amené, chez un sujet à peine touché au poumon par la phthisie, une ostéo-arthrite tuberculeuse aiguë avec destruction osseuse, fongosités et suppuration, d'une part et, de l'autre, une infiltration tuberculeuse à marche rapide des deux poumons.

Nulle incertitude, en ce cas, sur la succession des phénomènes. La coxo-tuberculose, colonisation de la pneumo-tuberculose commençante, a été bien évidemment déterminée par la contusion articulaire, et le trauma périphérique a tout aussi clairement provoqué la prolifération bacillaire intense qui a détruit rapidement le parenchyme pulmonaire.

Obs. II. — *Chute sur le grand trochanter chez un jeune homme robuste et disposé au rhumatisme; coxalgie aiguë. — Guérison rapide.*

L'histoire est courte. Il s'agissait d'un garçon boucher de 22 à 23 ans, qui, dans une chute de voiture, était tombé sur le grand trochanter. La douleur avait été violente et la marche rendue aussitôt impossible. Le patient, croyant avoir la cuisse cassée, se fit transporter à la Pitié, où il fut reçu dans les premiers jours de novembre.

Le lendemain, je trouvai les signes d'une contusion de la hanche sans fracture, c'est-

---

Par ce moyen de l'anonymat, qui joint à la simplicité une parfaite courtoisie dans les formes, on pouvait faire du recensement la plus vaste enquête qu'on aurait jamais vue, et résoudre du même coup mille questions délicates. Ainsi, le Sénat va bientôt s'occuper de l'alcoolisme; combien la tâche lui eût été facile si l'on avait introduit, dans les feuilles de recensement, cette rubrique : « Avez-vous des ivrognes dans votre famille? » N'ayant plus à se nommer, les ivrognes pouvaient avouer leur penchant sans se compromettre, et la soulographie était fondée sur des bases certaines. Les péchés inconnus étant à moitié pardonnés, le recensement devenait ainsi la confession de tout un peuple, protégée par le secret comme la confession religieuse.

Tous les sujets d'étude, tous les faits intéressants dans la vie des individus comme dans celle des nations, auraient été élucidés de la même façon. Les gens heureux ou malheureux en ménage, ceux qui se disputent avec leur belle-mère, ceux qui toussent, ceux qui louchent, ceux qui ont des maladies de peau, ceux qui se traitent par l'homœopathie, tous auraient consigné leurs malheurs ou leurs faiblesses sur les papiers blancs et verts, d'où serait sorti alors quelque chose de vraiment instructif, au lieu des chiffres lourds et banals qui vont être le fruit de tant de peine. Croyez-vous qu'il n'eût pas été curieux de voir les réponses qu'aurait provoquées cette question, par exemple : Etes-vous content de votre sort? On aurait eu ainsi la mesure fidèle de l'état de béatitude dans lequel nous vivons, et le chiffre exact des citoyens qui se sentent encore fiers d'être Français quand ils regardent la colonne; ils ne doivent pas être excessivement nombreux, car le plaisir de regarder la colonne est un de ceux auxquels on songe

©BIU Santé

à-dire l'allongement apparent du membre, la rotation en dehors de la pointe du pied, l'abolition de tous les mouvements due à la contracture des muscles pelvi-trochantériens, une sensibilité très vive à la pression sur le grand trochanter et au moindre essai de mouvement volontaire ou communiqué.

Le malade, au visage fortement coloré, était de constitution très vigoureuse et de structure athlétique; il ressentait assez fréquemment dans les jambes des douleurs, qu'il attribuait au froid du matin et de la nuit, auquel l'exposait sa profession. Bon vivant, buvant et mangeant d'une façon copieuse, c'était, à mon avis, un type d'arthritique futur.

Le traitement fut dirigé en conséquence : immobilisation dans la gouttière de Bonnet, après application de ventouses scarifiées nombreuses sur le pourtour du grand trochanter; boissons rafraîchissantes; régime léger; tisane diurétique avec le bicarbonate de soude; quelques doses de sulfate de quinine.

En une semaine, la douleur avait disparu et les mouvements revenaient peu à peu. La semaine suivante, je prescrivis la marche avec des béquilles et fis prendre quelques grands bains tièdes alcalins. Le blessé, très rassuré et très reconnaissant, demanda à rentrer chez lui pour achever sa convalescence déjà très avancée, promettant de revenir à la moindre rechute. Je lui ai recommandé la sobriété et toutes précautions contre le froid.

Obs. III. — *Chute sur le grand trochanter chez une hystérique latente; contracture des muscles pelvi-trochantériens; déviation extrême de la hanche durant depuis neuf mois; anesthésie avec le chloroforme; redressement immédiat du membre. — Guérison en quelques jours.*

F... (Marie), 16 ans, de taille moyenne et de vigoureuse constitution, habite la campagne comme domestique dans une maison bourgeoise où elle ne manque de rien. Elle n'accuse aucune maladie antérieure et affirme avoir toujours joui d'une excellente santé.

En janvier 1879, chute assez violente sur la hanche gauche. Douleur immédiate avec impotence absolue du membre. F... prend le lit. On reconnaît dans la région contusionnée un gonflement notable et de larges ecchymoses; bientôt la cuisse se porte fortement en dehors. Accidents aigus pendant six semaines. Peu à peu, les douleurs se calment, mais le membre reste dans sa position anormale. On avait appliqué au lieu contus des remèdes variés, les rebouteurs même y avaient passé sans avoir rien obtenu; c'est pourquoi, de guerre lasse, on m'avait amené la jeune fille dans les premiers jours d'octobre.

---

le moins; on peut s'en convaincre en traversant la place Vendôme, qui est l'endroit le plus désert de Paris.

Le recensement, comme je l'aurais compris, est déjà en honneur dans les salons où l'on cultive les jeux innocents et où sévissent les albums; beaucoup de maîtresses de maison ont un répertoire où elles vous forcent à déclarer par écrit vos goûts et vos travers : Quel est le légume que vous préférez? Quelle idée vous faites-vous de l'amour? Quelle opinion avez-vous des femmes? On est libre, heureusement, de ne pas prendre au sérieux ces distractions, et de donner un libre cours à la fantaisie dans la rédaction de ces autographes; peut-être est-ce l'habitude des albums qui a induit tant de gens à se gausser du recensement.

***

J'ai promis jadis à mes lecteurs de leur décrire certaines maladies qui, malgré leur fréquence et leur gravité, ne figurent pas dans les traités de pathologie. Une des plus répandues est la *maladie des gêneurs*. Gêner signifie, d'après Littré, empêcher le libre mouvement de quelque chose que ce soit. Les gêneurs sont des monomanes agités, toujours en quête d'un libre mouvement à empêcher, et fort enclins à se mêler de ce qui ne les regarde pas. Le diagnostic de cette affection se fait par un procédé d'exploration très ingénieux : êtes-vous en présence d'un sujet chez qui vous soupçonnez la maladie des gêneurs, vous prenez un plat, un grand plat, vous le présentez à votre homme, et si vous avez deviné juste, vous le voyez aussitôt y mettre les pieds et les y remuer avec frénésie. Cette épreuve est décisive.

©BIU Santé

A son entrée, nous constatons les particularités suivantes :

Belle apparence de santé, fraîcheur, embonpoint, accomplissement régulier des grandes fonctions; les règles seules sont irrégulières et douloureuses. Marche impossible sans béquilles et même très pénible avec ces supports. La station debout se fait uniquement sur le membre droit. En effet, la cuisse gauche, portée à la fois dans l'extension complète, dans la rotation en dedans et dans l'abduction forcée, fait avec l'axe du corps un angle presque droit, de sorte que le pied est situé à plus de 45 centimètres du sol. Quand le membre tend à redescendre, il se produit une scoliose dorso-lombaire très prononcée. Lorsque la malade est couchée, les deux membres se rapprochent et semblent parallèles, mais le bassin est extrêmement dévié, d'où il résulte un allongement apparent très notable du côté affecté. Les mouvements volontaires sont tout à fait impossibles, et tout essai de mobilisation artificielle très mal supporté.

Jamais encore je n'avais vu pareille déformation, aussi hésitai-je un peu avant de porter le diagnostic. Cependant, ayant éliminé successivement l'idée d'une ancienne fracture et d'une luxation non réduite, ayant rejeté également l'hypothèse d'une coxalgie véritable, parce que la pression était indolente sur les os et fort pénible au contraire sur les muscles, qui étaient durs et inextensibles, j'en conclus qu'il s'agissait d'une de ces contractures des muscles pelvi-trochantériens produisant l'affection dite coxalgie hystérique.

Ce diagnostic était appuyé par la constatation d'un point très douloureux au niveau de l'ovaire droit et de larges plaques d'anesthésie à la cuisse et à la jambe droites, au pharynx et en diverses autres régions du corps. Pour être fixé, le 11 octobre j'administrai le chloroforme. A peine la résolution obtenue, je pus, en une ou deux minutes, et sans grand effort, ramener à la position normale le membre dévié depuis neuf mois. F... fut placée immédiatement dans la gouttière de Bonnet et soumise à l'action du bromure de potassium et des antispasmodiques. Tout se passa si simplement, que je supprimai l'appareil au bout de quatre jours. A la fin de la semaine, la fillette marchait avec deux béquilles. Quelques jours plus tard, elle rentrait dans son pays complètement rétablie.

J'ai eu de ses nouvelles à plusieurs reprises; la guérison ne s'est pas démentie.

A la même époque, j'observais encore une affection très analogue, dans une autre région, chez un jeune sujet qui pourtant ne paraissait rien moins que nerveux.

C'était un garçon de 15 ans qui, à la suite d'une chute violente sur le

---

Un gêneur vient de se signaler en attaquant les médecins militaires; il n'était pas d'ailleurs le premier à choisir nos confrères de l'armée comme victimes. Dénonciations et calomnies ont été multipliées à plaisir contre les médecins militaires; des journaux ont fait leur spécialité de cette campagne; il faut bien que les journaux disent quelque chose! Mais, cette fois, il ne s'agissait plus d'un journaliste en quête de copie; l'attaque partait de plus haut (?); un député accusait un médecin militaire d'avoir fait exempter un conscrit devant le conseil de revision, par complaisance pour des recommandations, et le délinquant était signalé à la sévérité du ministre de la guerre avec accompagnement de vindicte publique et d'indignation des honnêtes gens, comme doit parler tout député qui se respecte.

De l'information ordonnée par le ministre, il est résulté que notre gêneur avait manqué une belle occasion de se taire, que l'exemption avait été régulièrement prononcée pour une hypertrophie du cœur; et pour mettre clairement les choses dans leur vrai jour, le ministre, dans sa réponse, autorisait le médecin militaire à poursuivre le député devant les tribunaux. Comment et pourquoi ce dernier a-t-il pris à partie un seul fait parmi les milliers de faits semblables qui se produisaient en même temps? Un grand amour de la justice l'a poussé sans doute; on dit aussi que le conscrit (indûment exempté, selon lui) appartenait à la famille d'un de ses adversaires politiques.

Ce député a eu tort d'accuser un médecin militaire, car les médecins militaires font toujours leur devoir devant les conseils de revision; quand ils s'attirent des inimitiés, ce n'est pas pour tenir trop grand compte des recommandations, c'est, au contraire,

©BIU Santé

coude, avait été pris de douleurs vives et d'une raideur telle dans la jointure, que le membre était fixé dans l'extension, et que tout mouvement de flexion était impossible. Lorsque je le vis un mois après, il existait encore une certaine déformation du coude qui me fit songer à une fracture de la trochlée ou de l'apophyse coronoïde avec cal saillant et admettre une ankylose rectiligne.

Je voulus remédier à celle-ci en la métamorphosant en ankylose angulaire. Mais, le chloroforme étant administré et la résolution obtenue, je pus fléchir très facilement l'articulation, et la contracture disparut définivement.

Voici d'ailleurs la relation détaillée de ce fait intéressant :

Contusion violente du coude. — Fausse ankylose par contracture permanente dans l'extension. — Chloroformisation. — Guérison immédiate.

Louis M..., 15 ans, bien constitué et jouissant d'une excellente santé, entre dans mon service, à la Pitié, le 6 novembre 1879, pour une ankylose rectiligne du coude droit. Il a fait, un mois auparavant, une chute dans laquelle cette articulation fut violemment contusionnée : douleur vive, perte de connaissance. L'enfant est couché, le bras étendu reposant sur un coussin pour éviter tout mouvement. Le lendemain, les souffrances sont moins vives, mais le membre semble fixé dans l'extension par une résistance qui empêche tout mouvement de flexion. On ne fait aucun traitement actif et l'on se contente d'employer les applications résolutives et le repos sans appareil. Peu à peu le gonflement articulaire se dissipe et les douleurs disparaissent, mais la rigidité persiste, et c'est pourquoi M... vient réclamer notre secours. Voici ce que nous constatons :

Avant-bras en extension forcée; abolition complète de la flexion volontaire ou provoquée dans l'articulation huméro-cubitale; conservation des mouvements de pronation et de supination; indolence aux explorations; l'absence de gonflement permet de reconnaître en arrière et sur les côtés l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée qui sont dans leurs rapports normaux, ce qui exclut toute idée de luxation. En revanche, je trouve à la partie antéro-interne de l'articulation une saillie dure, du volume d'une petite noix, aplatie, immobile, appliquée au devant de l'interligne articulaire au niveau de la trochlée. J'hésite sur la nature de cette saillie, ignorant s'il s'agit de ce gonflement circonscrit qu'on rencontre si souvent en ce point même, à la suite des entorses,

---

parce qu'ils n'en font point de cas; et le côté plaisant de cette histoire, c'est que les députés sont justement ceux qui prodiguent ces recommandations avec la plus grande facilité. Les conseils de revision seraient une jolie pétaudière si les médecins s'avisaient d'écouter tout ce qu'on leur raconte sur la faiblesse de constitution, sur la mauvaise vue, sur la dureté d'oreilles, sur l'essoufflement et les tournements de tête des conscrits, quand ceux-ci sont apparentés à des électeurs influents. Quant aux autres, ceux dont les parents votent mal, il ne leur est pas permis d'avoir des hypertrophies du cœur et d'être impropres au service; s'ils se permettent cette licence, M. le député brandit ses foudres et menace d'exterminer le médecin militaire qui a reconnu malade un jeune homme mal pensant.

Vous ai-je dit quel était le député en question? Il s'appelle Rabagas; ou du moins, si ce n'est pas tout à fait ce nom-là, c'en est un qui y ressemble à s'y méprendre.

P. Dubray

Liniment antinévralgique. — N. Gueneau de Mussy.

Alcoolat de mélisse.....	20	grammes.
Teinture d'aconit.....	10	—
Chloroforme.....	5	—

Mêlez. — On imbibe un morceau de flanelle de ce liquide, et on s'en sert pour frictionner la région douloureuse. — Antipériodiques à l'intérieur, si les accès reviennent à heure fixe.

©B Santé

contusions, et luxations du coude, ou d'une saillie osseuse provenant du cal d'une fracture de la trochlée ou de l'apophyse coronoïde survenue au moment de l'accident et actuellement consolidée.

Je me rattache à cette dernière supposition après quelques jours de compression qui n'ont pas diminué le volume de la saillie en question (1). Quoi qu'il en soit, le membre en extension n'étant presque d'aucune utilité, je me propose de faire à l'aide du chloroforme une exploration, puis de métamorphoser l'ankylose rectiligne en ankylose angulaire, soit en rompant les adhérences soit en brisant le cal, soit même en fracturant l'olécrâne comme je l'ai fait plusieurs fois avec succès.

Le 17 novembre, le chloroforme étant administré et la résolution obtenue, je me mets en devoir de fléchir de vive force l'avant-bras. Alors ma surprise est grande en produisant cette flexion sans effort et en percevant tout au plus la sensation que donne la rupture de quelques brides fibreuses. Le jeu de l'articulation étant instantanément rétabli dans toute son étendue, j'entoure la jointure d'une couche d'ouate et d'une bande de flanelle et fais porter simplement le bras en écharpe.

Deux jours après, la contracture ne s'étant pas reproduite et toute douleur faisant défaut, je laissai le membre en liberté.

L'enfant sortit complètement guéri une semaine plus tard, le 29 novembre.

Ces contractures, suite de contusion articulaire, sont très importantes à connaître, car elles engendrent la fausse ankylose, et d'une manière générale des attitudes vicieuses, le plus souvent faciles à guérir par l'anesthésie et les manipulations brusques. C'est pourquoi, lorsque les causes anatomiques de l'ankylose ne me semblent pas évidentes, je propose toujours de différer le diagnostic jusqu'à ce que l'exploration avec le chloroforme et les tentatives de mobilisation forcée m'aient fourni des renseignements plus certains sur la nature de l'affection. — P.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juin 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire : *Broncho-pneumonie tuberculeuse et endocardite végétante. — Mal de Bright sans albuminurie; recherche de la toxicité des urines comme moyen de diagnostic de l'urémie dans les cas douteux. — Multiplicité des albumines dans les urines. — Pied-bot dans l'atrophie musculaire héréditaire. — Pied-bot dans la paraplégie du mal de Pott.*

M. Barrié reçoit dans son service un homme de 33 ans ayant tous les signes d'une pneumonie. Le huitième ou le neuvième jour, la défervescence ne s'opère pas; les signes stéthoscopiques s'étendent; le malade tombe dans un état typhoïde et meurt le trente-sixième jour. Cet homme ayant eu, malgré sa vigoureuse apparence, deux fluxions de poitrine et une légère hémoptysie, quand on avait vu la défervescence ne pas se produire au moment voulu, on avait admis la probabilité d'une pneumonie tuberculeuse. Dans les antécédents du malade, on avait noté l'existence d'une petite attaque de rhumatisme, en 1871, ayant duré seulement une semaine. Les premiers jours de son séjour à l'hôpital, on avait trouvé le cœur normal à l'auscultation; ce n'est qu'au dixième jour qu'on avait constaté à la pointe un léger prolongement du premier bruit, avec un timbre enroué. Le souffle était devenu manifeste les jours suivants; aigu, sibilant, intense, il avait assumé les caractères d'un souffle mitral. Le pouls était demeuré normal, sauf quelques rares intermittences.

(1) La saillie dure provenait probablement d'une fracture par arrachement du sommet de l'apophyse coronoïde ou d'une déchirure du tendon du brachial antérieur, car elle suivait toujours l'avant-bras dans les mouvements communiqués après l'anesthésie.

©BIU Santé

A l'autopsie, on a trouvé les lésions d'une broncho-pneumonie tuberculeuse; mais, en outre, au niveau des deux valves de la mitrale, des lésions si considérables d'endocardite végétante qu'on eût pu la dire exubérante; de grosses tumeurs papillomateuses obstruaient presque complètement l'orifice mitral. Des embolies détachées évidemment de ces végétations avaient déterminé des infarctus dans le foie, la rate, qui était volumineuse et diffluente, comme dans les maladies infectieuses.

M. Barrié se demande si cette endocardite végétante excessive n'est pas en connexion avec la tuberculose pulmonaire; si, au lieu d'être une maladie infectieuse analogue aux endocardites ulcéreuses ordinaires, elle n'est pas une endocardite tuberculeuse, et si l'examen microscopique ne révélera pas dans les végétations de la mitrale des bacilles tuberculeux.

M. Comby estime que cette hypothèse manque de fondements. Il faut, dans l'espèce, accorder une grande importance à l'atteinte rhumatismale subie par le malade quinze ans auparavant. Presque toujours, l'endocardite végétante survient chez des sujets qui ont eu antérieurement une endocardite simple, point d'appel pour les micro-organismes pathogènes de l'endocardite infectieuse, et il est probable que, chez le malade de M. Barrié, le microscope révélera les microcoques qui ont déjà été vus par les autres observateurs dans l'endocardite ulcéreuse.

M. Dieulafoy communique plusieurs cas de mal de Bright sans albuminurie, tous attestés par l'autopsie. Voici les plus significatifs.

Une femme entre à l'hôpital Saint-Antoine avec un ensemble de symptômes de nature à faire admettre un ulcère stomacal : hématémèses, vomissements incoercibles, douleur épigastrique et dorso-lombaire. Tous les moyens sont essayés sans résultat pour triompher de son intolérance gastrique : régime lacté, viande crue, opium, cocaïne associée à la morphine, révulsifs. Les douleurs épigastriques présentent un jour une telle acuité avec irradiation vers l'ombilic, qu'on se demande s'il ne se fait pas une perforation de l'estomac. Puis la malade accuse une céphalée constante, la diarrhée succède aux vomissements, l'amaigrissement s'accentue de plus en plus, la température tombe au-dessous de la normale, 36° et au-dessous ; elle se relève à 37, puis 38°. De petites convulsions épileptiformes précèdent le coma et la mort. — A l'autopsie on ne trouve aucune trace d'ulcération gastrique ni duodénale. Dans le poumon droit un commencement de pneumonie suppurée, qui ne s'était révélée par aucun signe stéthoscopique pendant la vie. Les reins volumineux, difficiles à décortiquer, présentaient les lésions d'une néphrite mixte. *On n'avait jamais trouvé d'albumine* dans les urines, malgré des examens réitérés.

Dans un autre cas M. Dieulafoy avait constaté chez une malade, à son entrée, une dyspnée très caractéristique, sans signes d'auscultation, sans facies violacé, sans élévation de la température. La malade disait avoir éprouvé deux ans auparavant une angoisse précordiale rappelant l'angine de poitrine, et des accès de dyspnée dont elle avait été soulagée par le régime lacté auquel elle s'était soumise spontanément. Elle accusait aussi des céphalées violentes, des envies fréquentes d'uriner, des démangeaisons, la sensation du doigt mort surtout au médius et à l'annulaire. Le diagnostic du mal de Bright s'imposait. Puis on perçut un bruit de galop du cœur, il se produisit un léger œdème malléolaire. Les urines très rares (200 grammes) ne contenaient *pas traces d'albumine*. Sous l'influence du régime lacté, des lavements diurétiques, la quantité d'urine s'éleva rapidement à 2,600 grammes par jour, l'urée excrétée montait à 14 grammes ; au bout de six jours, alors que l'amélioration était considérable, la malade, placée au voisinage d'une fenêtre ouverte, prit une violente congestion pulmonaire double et mourut en 48 heures. Le dernier jour seulement on trouva dans son urine une légère trace d'albumine. — Autopsie. Lésions d'aortite qui expliquaient les accès angineux passés. Reins congestionnés, difficiles à décortiquer, avec de petits kystes à leur surface, présentant les lésions histologiques d'une néphrite interstitielle et surtout des lésions vasculaires.

M. Dieulafoy cite encore une femme atteinte de manie brightique qui a séjourné trois mois dans son service sans avoir d'albumine dans les urines, une autre observation de

©BIU Santé

mal de Bright où l'examen des urines fait pendant six semaines ne décela jamais d'albumine.

Un malade qui était envoyé au Mont-Dore depuis deux ans pour des accès d'oppression présentait un bruit de galop, des bourdonnements d'oreilles, la sensation de doigt mort des crampes dans les membres inférieurs. L'urine examinée par M. Yvon, dont la compétence n'est pas douteuse, n'avait jamais contenu d'albumine. Tout d'un coup apparait une anasarque à marche rapide. L'albumine se montre ; on en dose 1 gr. 50. Le malade meurt d'une attaque d'apoplexie causée sans doute par hémorrhagie cérébrale, comme cela arrive souvent dans le mal de Bright.

M. Dieulafoy pense que plus une néphrite a une marche aiguë avec anasarque accentuée, plus l'urine est albumineuse. Au contraire, dans les formes de néphrite liées à l'artério-sclérose, l'évolution morbide peut se faire sans œdème, ni albumine. Il est amené à conclure que l'albuminurie, ce symptôme auquel on attache en général une si grande importance pour le diagnostic du mal de Bright, est appelée à déchoir désormais.

Il rappelle les travaux de Sénator relatifs à l'albuminurie physiologique, il cite des cas où des personnes très bien portantes ont eu de l'albuminurie, notamment un savant, homme de laboratoire, qui examine son urine tous les jours pendant des années et y trouve chaque fois 0 gr. 50 d'albumine sans avoir jamais éprouvé de troubles de sa santé. Toutes ces considérations montrent que la maladie de Bright ne peut plus être envisagée au point de vue de la définition qu'en a donnée l'observateur anglais : lésions du rein avec œdème et albumine coagulable.

Dans un travail remarquable, Mohammed a décrit une période préalbuminurique du mal de Brigh ; cette expression n'est pas rigoureusement exacte, puisque l'albumine peut faire défaut aux périodes même les plus avancées de l'affection. Il vaut mieux appeler période préparatoire celle qui précède la phase où surviennent les accidents urémiques. Avons-nous des moyens d'établir le diagnostic à cette période préparatoire ? M. Dieulafoy énumère un certain nombre de symptômes, dont aucun n'est pathognomonique, mais qui par leur réunion fournissent une somme importante de probabilités en faveur de l'existence de la maladie de Bright.

Les uns sont des signes constatés cliniquement par l'interrogatoire et l'examen du malade : troubles auditifs, démangeaisons, troubles d'excrétion de l'urine, c'est-à-dire, envie fréquente d'uriner sans augmentation de la quantité totale de la sécrétion (pollakiurie), sensation de doigt mort pouvant aller jusqu'à la syncope locale et à la gangrène de la pulpe de la phalangette, sensibilité au froid localisée surtout aux membres inférieurs depuis la partie moyenne des cuisses jusqu'aux pieds (cryesthésie), crampes, troubles oculaires, accès de dypsnée, bruit de galop, hypothermie.

Les autres sont d'ordre expérimental et c'est surtout sur eux que M. Dieulafoy appelle l'attention. L'analyse chimique des urines, si précieuse qu'elle soit, ne saurait suffire, puisque les observations précitées montrent que le mal de Bright peut évoluer sans albuminurie et que des sujets peuvent être albuminuriques sans avoir de mal de Bright. Ce qui constitue le danger et la cause de mort dans cette maladie, c'est non pas la rétention d'urée dans le sang, ni celle de la créatine ou de la créatinine, ou du carbonate d'ammoniaque. C'est la rétention de tous les poisons que l'urine emporte normalement, de sorte que l'expression d'urémie n'a pas de sens et que M. Dieulafoy voudrait qu'on lui substituât, à l'exemple de M. Jaccoud, celle d'insuffisance urinaire,

M. Dieulafoy rappelle les travaux de Feltz et Ritter sur la toxicité des urines normales; ces observateurs ont signalé la part de toxicité qui revient aux sels de potasse dans les urines normales. Puis M. Bouchard, dans une série de travaux des plus remarquables, poursuivis depuis plusieurs années et communiqués récemment à l'Académie des sciences, a mis en lumière la complexité des causes de la toxicité des urines normales et les variations dans l'intensité de cette toxicité, suivant l'alimentation ou l'abstinence, la veille ou le sommeil, le repos ou le travail musculaire, etc. M. Bouchard a étudié ce qu'il appelle le coefficient de toxicité de chaque individu à l'aide d'injections intra-veineuses d'urine dans la veine de l'oreille du lapin. Etant connus le poids de l'individu dont on cherche le coefficient de toxicité, la quantité d'urine qu'il sécrète en

©BIU Santé

vingt-quatre heures et le poids du lapin auquel l'urine de cet individu est injectée, le coefficient de toxicité est la quantité de poison urinaire nécessaire pour qu'un kilogramme de la substance de cet homme tue 1 kilogramme de la substance du lapin. Or, toutes les fois que l'élimination urinaire est entravée par une imperméabilité des reins, les urines deviennent de moins en moins toxiques pour le lapin auquel on les injecte, et c'est l'homme, au contraire, qui est intoxiqué par les poisons qu'il n'élimine plus. Les urines des urémiques sont très peu toxiques, elles peuvent ne plus l'être du tout. M. Dieulafoy pense que, dans les cas de diagnostic douteux, on pourra utiliser ce procédé expérimental, et s'il faut, pour tuer un kilogramme de lapin, une quantité d'urine notablement supérieure à la quantité d'urine physiologique qui tue habituellement, quantité fixée par les expériences de M. Bouchard, on sera amené à conclure que l'individu a des reins peu ou point perméables; en un mot, qu'il est urémique.

M. Robin cite le cas d'un professeur de médecine de Copenhague, âgé de 72 ans, qui est albuminurique depuis l'âge de 20 ans; il urine de 0 gr. 50 à 2 gr. d'albumine par 26 heures et s'est toujours bien porté.

On a dit à tort que l'albuminurie est physiologique chez tous les nouveau-nés. Sur 2,000 enfants examinés par M. Robin avec Parrot, il y en avait 60 qui, parfaitement bien portants, ne présentèrent jamais d'albumine.

M. Robin regrette que M. Dieulafoy n'établisse pas de distinction entre l'albumine et la sérine. Frédéric Muller a étudié à la clinique de Wurtzbourg une substance albuminoïde des urines qui précipite à froid par l'acide acétique et le chlorure de sodium, l'hémialbuminôse. Peut-être dans les urines des malades de M. Dieulafoy existait-il une autre espèce d'albumine que celle qui précipite par les réactifs usuellement employés.

M. Dieulafoy. en parlant de personnes bien portantes qui avaient de l'albuminurie, n'a pas prétendu dire que l'albuminurie soit un phénomène absolument physiologique, il appelle seulement physiologique une albuminurie compatible avec l'état de santé complet. Quant à la recherche chimique des diverses espèces d'albumine, il se déclare incompétent, mais il a pleine confiance dans la rigueur avec laquelle les analyses ont été faites par M. Yvon.

M. Ducastel demande pourquoi on subordonnerait l'existence du mal de Bright uniquement à la présence de l'albumine dans l'urine; la néphrite interstitielle n'est qu'une des manifestations de l'artério-sclérose généralisée.

M. Dujardin-Beaumetz présente deux malades, dont les pieds présentent des déformations analogues à celles du pied-bot. L'empreinte des pas montre que ces individus ont surtout le pied creux, avec exagération de la voussure tarso-métatarsienne. Ce sont deux frères qui, à dix ans de distance par l'âge, ont tous deux une forme spéciale d'atrophie musculaire à type fémoro-tibial, c'est-à-dire limitée aux muscles de la cuisse et de la région interne de la jambe. Cette forme d'atrophie musculaire paraît être héréditaire; elle a été étudiée dans une thèse récente par M. Brossard. Les causes de la déformation des pieds sont ici complexes; il est intéressant de la rapprocher des déformations des pieds chez des tabétiques qui ont été présentés à la Société dans des séances précédentes.

M. Chauffard croit qu'il faut éviter tout rapprochement entre ces déformations. Le pied tabétique est une déformation ostéo-arthropathique, résultant d'un trouble trophique, c'est un pied plat, les pieds des malades de M. Beaumetz sont des pieds creux. Le mécanisme de la déformation ne peut être le même.

M. Gérin-Roze parle d'un malade qui, confiné au lit par un mal de Pott avec paraplégie, mais sans aucun symptôme d'ataxie, a vu se développer un double pied-bot varus équin, semblable à celui dont M. Joffroy a présenté des exemples à la Société sous le nom de pied-bot tabétique. — P. L. G.

©B Santé

COURRIER

Association des médecins de France. — M. Brun, trésorier de l'Association, a encaissé les dons et legs suivants :

De MM. les docteurs	Hérard	100 fr.
—	Morel d'Arleux	1.520
—	Passant	100
—	Foville	100
—	Leroy-Dupré	200
—	Burdel (de Vierzon)	100
—	Péan	200
—	Trumet de Fontarce	300
—	Ricord	500
—	Gosselin	300
—	Campbell (Legs)	10.000
		13.420

Concours d'agrégation de chirurgie et accouchements. — Ce concours s'est terminé vendredi 11 juin 1886, à sept heures du soir, par les nominations suivantes classées dans l'ordre ci-dessous pour chacune des six Facultés de médecine de France :

Section de chirurgie. — Paris : 1. M. Schwartz ; 2. M. Jalaguier ; 3. M. Brun. — Bordeaux : 1. M. Pousson ; 2. M. Denucé. — Lille : M. de Lapersonne. — Lyon : M. Augagneur. — Montpellier : 1. M. Forgue ; 2. M. Truc. — Nancy : M. Vautrin.

Section d'accouchements. — Paris : M. Maygrier. — Montpellier : M. Gerbaud. — Nancy : M. Rémy.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Carnelle, le dimanche 20 juin 1886. Le départ de Paris pour Presles aura lieu, par la gare du Nord, à 8 h. 25 m. du matin.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le dimanche 20 juin, dans les bois de Clamart.

Départ de la gare Montparnasse, à 11 h. 35 m., pour la station de Clamart.

— Dans son comité secret du mardi 15 juin 1886, l'Académie des sciences a dressé la liste suivante des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la nomination de M. Vulpian comme secrétaire perpétuel :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Brown-Séquard et G. Sée.

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bouchard et Jaccoud.

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hayem et Charles Richet.

L'Académie décide, enfin, d'ajouter à la liste le nom de M. Villemin (du Val-de-Grâce).

Association des médecins du Rhône. — L'Association des médecins du Rhône a tenu, le 29 mai dernier, son assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Bouchacourt, au palais Saint-Pierre.

Après une allocution très applaudie de M. Bouchacourt, M. Lavirotte, trésorier, a fait connaître la situation financière de l'Association. Les conclusions de la Commission des finances, approuvant les comptes de M. le trésorier, ont été adoptées à l'unanimité.

M. Rochas, secrétaire général, à donné lecture du compte-rendu administratif, et il a été procédé à l'élection d'un vice-président et d'un trésorier.

M. Renaut a été élu vice-président.

M. Lavirotte a été réélu trésorier.

M. Diday a été nommé vice-président honoraire.

Le renouvellement par tiers et le remplacement des membres décédés ou démissionnaires ont fait entrer dans la Commission administrative :

Pour Lyon : MM. Fontrobert, Barudel, Dufourt, Robin, Odin, Teissier père,

Pour l'arrondissement de Lyon : MM. Boiron, Boyer, Grabinski.

Ont été nommés suppléants :

Pour Lyon : MM. Gros, Grandclément.

©BIU Santé

Pour l'arrondissement de Lyon : M. Pomme.

Pour l'arrondissement de Villefranche : M. Pierou.

Ont été définitivement admis comme membres de l'Association :

MM. Devars, Léon Blanc, Couette, Piaute, Musy, Lemoine, Rafin, Clerjon, Charvet, Roch, Phélip, Audry, Leclerc, Badolle.

Il a été enfin procédé à l'examen des propositions faites conformément au vœu adopté par l'assemblée générale du 18 mars.

A l'unanimité l'assemblée générale a pris la délibération suivante :

« L'Association des médecins du Rhône, saisie par le vœu adopté par l'assemblée « générale du 18 mars, de la question de savoir s'il y a lieu d'insérer dans ses statuts des « mesures propres à éviter l'introduction ou le maintien parmi ses membres des « médecins homœopathes ou similaires ;

« Considérant en fait que les fondateurs de la Société, notoirement connus comme « étrangers aux procédés homœopathiques, n'ont eu en vue de créer l'Association qu'au « profit de médecins dont les doctrines et les pratiques professionnelles, conformes aux « leurs, seraient puisées dans l'enseignement et les traditions des Écoles de médecine « et hôpitaux :

« Que, depuis son origine, les membres de l'Association, respectueux observateurs « des intentions de ses fondateurs, les ont interprétées et appliquées dans le même « sens, en ce qu'ils ont pris soin de n'admettre parmi eux que des médecins unis par « un même fond de doctrines, et une même entente de l'exercice professionnel ;

« Dit que l'admission ou le maintien dans l'Association de médecins homœopathes ou « similaires est directement contraire au but et aux traditions de l'Association :

« Qu'il n'y a lieu, dès lors, d'ajouter en ce sens aucune disposition aux statuts, « suffisamment expliqués et interprétés par l'application qui en a été constamment « faite, et qui est renouvelée, en tant que de besoin, par la présente délibération :

« Que dès lors, si un membre de l'Association venait, dans le cours de sa carrière, à « introduire dans sa pratique professionnelle des procédés homœopathiques ou simi- « laires, il se trouverait, par ce seul fait, en dehors des conditions exigées pour être « admis ou maintenu, et serait considéré, par le fait même, comme démissionnaire, « et perdrait tout droit aux avantages et bienfaits de l'Association, conformément à « l'article 12 des statuts. »

Le Vin Durand diastasé convient d'une façon toute spéciale comme tonique et digestif aux vieillards, aux femmes et aux enfants. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST & DU LONDON BRIGHTON
SERVICES DE PARIS A LONDRES PAR ROUEN, DIEPPE ET NEWHAVEN
EN 10 HEURES
DÉPART TOUS LES JOURS (Gare Saint-Lazare)
1° SERVICE DE JOUR (pendant la saison d'été) — TRAVERSÉE EN 3 H. 3/4
Par trains de marée rapides à heures variables

Voyage simple :		Aller et Retour :	
1re classe	2e classe	1re classe	2e classe
42 fr. 50	31 fr. 25	71 fr. 25	51 fr. 25

2° SERVICE DE NUIT (PENDANT TOUTE L'ANNÉE) :
Par trains partant tous les soirs (Dimanches compris) à 8 heures 50

1re classe	2e classe	3e classe	1re classe	2e classe	3e classe
42 fr. 50	31 fr. 25	22 fr. 50	71 fr. 25	51 fr. 25	40 fr. »

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Henri Huchard : Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. — II. Thèses d'agrégation en médecine : Des crises dans les maladies. — Des pyrexies abortives. — III. Revue des Journaux : Du dosage de l'albumine des urines par l'albuminimètre d'Esbach. — De la désinfection du vagin dans le tamponnement. — Des relations entre le rhumatisme articulaire aigu et les maladies nerveuses. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire. — VI. Bulletin bibliographique. — VII. Courrier.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales (1).

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN GÉNÉRAL.

I

Pneumonies et pneumoniques. — Traitements différents pour une même maladie. — Définition de l'indication thérapeutique. — Celle-ci vise la maladie, le malade, le remède. — Action différente des médicaments d'après les doses, d'après les sujets. — Ataxie thérapeutique des neurasthéniques, des hystériques, des alcooliques.

En inaugurant cette troisième année de leçons, je veux tout d'abord remplir un devoir agréable et adresser mes plus sincères remerciements à M. le directeur, à M. le secrétaire général de l'Assistance publique qui ont bien voulu, sur ma demande, doter le service d'un laboratoire important, et à M. le directeur de l'hôpital Bichat qui a mis, lui aussi, tant d'empressement à m'être agréable. Ce laboratoire de *recherches thérapeutiques* fonctionne déjà depuis deux mois; il est libéralement ouvert à tous les travailleurs qui s'intéressent aux progrès de la science, à tous les élèves qui trouveront ici les moyens d'étudier les médicaments anciens et nouveaux, et je puis leur assurer qu'ils rencontreront toujours près de mes chers collaborateurs, près de M. Paul Chéron pour la *chimie biologique*, de M. Charles Eloy pour la *thérapeutique expérimentale*, et de l'interne du service pour l'*anatomie pathologique*, le bienveillant appui et les excellents conseils dont ils pourront avoir besoin. Mais je tiens surtout à déclarer que toutes nos recherches de laboratoire et nos leçons n'auront qu'un but essentiellement pratique, ce que j'espère vous démontrer dès aujourd'hui par quelques considérations sur les indications thérapeutiques en général.

Parmi les nombreux cas de *pneumonies* que nous avons observés dans ces derniers temps, vous vous rappelez sans doute quelques-uns d'entre eux pour lesquels une thérapeutique absolument différente a été instituée.

Le premier malade, âgé de 22 ans, couché salle Andral, n° 3, était entré à l'hôpital le 16 avril 1886. Le début de son affection avait été signalé par un grand frisson suivi d'un point de côté très violent et d'une dyspnée fort intense. Vous avez été immédiatement frappés de l'intensité de cette oppression, peu en rapport avec les phénomènes stéthoscopiques, puisque nous n'avons pu constater du côté droit de la poitrine qu'une légère

(1) Extrait des *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales* de l'hôpital Bichat (1884-1886), par le docteur Henri Huchard. (Un volume sous presse, Paris, chez O. Doin, éditeur, 1887.)

©BIU Santé

diminution de la sonorité et la présence de quelques râles très fins, très profonds et si peu accusés qu'on pouvait alors en discuter l'existence.

Les excursions respiratoires très courtes, très pénibles, étaient enchaînées par une douleur vive existant à la base de la poitrine, se propageant le long du nerf phrénique droit, en dedans des scalènes, et se manifestant à la pression dans un point si bien signalé par N. Gueneau de Mussy sous le nom de bouton diaphragmatique. Les crachats présentaient les caractères de solution de gomme épaisse, légèrement sanguinolente; les jours suivants, nous avons pu constater plusieurs foyers congestifs à la base de l'aisselle droite et sous la clavicule du même côté. Le diagnostic de *pneumonie congestive* et *centrale* s'imposait donc de lui-même, il nous était encore révélé par l'existence de quelques vésicules d'herpès à la lèvre supérieure et à l'aile du nez du côté droit. La face était vultueuse, animée, le pouls fort et vibrant; la pression artérielle élevée; la température, au quatrième jour, à 40°6.

Nous avons formulé alors le diagnostic suivant : Pleurésie diaphragmatique et pneumonie centrale à foyers multiples.

En présence de ces accidents, nous avons institué le traitement suivant :

Saignée de 300 grammes; ventouses scarifiées sur le trajet du phrénique; injections de morphine; potion avec 0,20 centig. d'ipéca.

Trois jours après, sans que nous ayons pu constater d'autres signes physiques de la pneumonie, une défervescence brusque et rapide se produisait dans la température ; celle-ci étant de 40°4 au soir du sixième jour, tombait à 38° le matin du septième, pour arriver à 36°6 au huitième jour; les phénomènes dyspnéiques et douloureux avaient promptement disparu, et après un accès de suffocation très violent survenu la veille de cette défervescence, tout était rentré dans l'ordre, la guérison était complète et définitive.

Un autre malade venu à l'hôpital le 22 février 1886 (salle Andral, n° 4) avait été atteint de frissons répétés depuis cinq jours, avec douleur *en plaques* existant des deux côtés de la poitrine. Dès son entrée, nous avions reconnu l'existence d'une *pneumonie lobulaire pseudo-lobaire* à gauche, s'étendant du sommet à la base de l'organe, avec souffle bronchique, râles sous-crépitants, et râles de bronchite. Nous constations encore quelques foyers de ronchus sous-crépitants avec respiration soufflante au sommet et à la base du poumon droit. La température était très élevée, à 41°4 le soir et 39°9 le matin ; et, pendant toute la durée de la maladie, nous avons toujours observé un écart assez considérable d'un degré à un degré et demi entre le chiffre thermique du matin et celui du soir. La langue était saburrale, le pouls petit, misérable, la dépression des forces extrême, la dyspnée intense, les crachats visqueux, peu aérés, adhérents au vase et de couleur sucre d'orge. Le début de la maladie n'avait pas été soudain, comme chez le premier; au contraire, ce malade toussait depuis quinze jours, il avait été atteint de tous les phénomènes de la grippe qui s'étaient accentués de jour en jour et qui s'étaient terminés par des accidents pneumoniques.

En résumé, les phénomènes qui dominaient l'état du malade, atteint de broncho-pneumonie grippale, étaient les suivants : profonde adynamie; température élevée avec écarts considérables entre la température du matin et celle du soir; bilatéralité et polymorphisme des lésions (pneu-

monie, congestion, bronchite généralisée); état catarrhal des voies digestives.

En conséquence, nous avons ordonné : une potion de Todd et des injections de caféine contre l'adynamie; le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme pour combattre l'état fébrile avec ses rémittences; un vésicatoire à droite; une potion avec 0,20 centigr. d'ipéca.

Malgré cette médication, le malade mourut le quinzième jour de son affection avec une température qui était cependant descendue à 39°.

Un troisième malade que vous avez pu suivre ces jours derniers, âgé de 27 ans, assez fort et vigoureux, était entré le 5 avril 1886 (salle Andral, n° 20). Deux jours auparavant, il avait été pris, à la suite d'un refroidissement, d'un violent frisson unique, suivi d'un point de côté très intense à droite. A son entrée, on constatait tous les signes d'une pneumonie du sommet (souffle tubaire, râles crépitants, matité, bronchophonie, augmentation des vibrations thoraciques, crachats caractéristiques; température, 40° le matin et 40°7 le soir.) La rate était grosse; il y avait beaucoup d'albumine dans les urines (4 gr. 50 par litre); le foie était volumineux et douloureux; le facies animé, et la nuit avait déjà été agitée par du délire; le pouls était petit, dépressible, fréquent, avec quelques inégalités; l'impulsion cardiaque faible. Pendant la nuit suivante, délire d'une violence extrême; le malade se lève, sort de la salle, va se promener en proie à une agitation extrême, et cependant nous n'avons jamais pu constater chez lui aucun signe d'alcoolisme. Le météorisme abdominal était considérable, et une diarrhée très abondante contribuait encore, pour sa part, à affaiblir le malade. Ici, le pronostic était grave, presque désespéré : par l'étendue de la lésion, par son siège au sommet, par les complications cérébrales, rénales, intestinales et hépatiques, par l'atteinte profonde portée à tous les organes (hypertrophie de la rate et du foie, congestion du rein, diarrhée, etc.). Les accidents ont présenté cet état de gravité extrême jusqu'au huitième jour, et il était évident pour nous que la prédominance de l'état général jouait ici le principal rôle, et que nous avions affaire à une pneumonie infectieuse.

Dans ces conditions, j'ai laissé pratiquer sans enthousiasme, je dois le dire, le septième jour de la maladie, une injection intra-pulmonaire d'une solution de bichlorure de mercure; j'avoue cependant que je ne peux lui attribuer le mérite de la guérison, car je n'ai jamais compris qu'un traitement local antibacillaire appliqué sur une aussi petite surface de poumon hépatisé puisse modifier, guérir une maladie avant tout générale, une maladie infectieuse comme l'était celle-ci, je crains aussi que ces essais thérapeutiques restent sans résultats et ne puissent jamais entrer dans la pratique. Du reste, cette injection destinée à obtenir l'abortion de la maladie avait été faite trop tard, et elle n'a été suivie d'aucune modification favorable dans l'état local et général.

Nous avons institué le traitement suivant : 10 grammes d'uréthane (carbamate d'éthyle) contre le délire et les symptômes ataxiques; potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina; toutes les deux heures, alternativement, une injection d'éther et de caféine, cette dernière répondant à des indications multiples et devant agir, comme vous en avez vu tant d'exemples remarquables, à la fois comme excitant général, comme tonique du cœur et comme diurétique.

©BIU Santé

Ce traitement fut suivi régulièrement jusqu'au 13 avril; le dixième jour de la maladie, les accidents finirent par s'amender; le douzième jour, une défervescence franche s'établit, la température tomba, du soir au matin, de 39°4 à 37°2. Le malade était guéri, contre votre attente et grâce à la médication employée, et il ne conserve plus encore aujourd'hui, un mois après le début de la maladie, qu'une respiration soufflante au sommet droit, fait en rapport avec ce que nous savons sur la résolution lente des pneumonies du sommet.

Voici un quatrième malade, âgé de 47 ans, entré salle Andral, n° 7, le 17 mars 1886. Trois jours auparavant, frissons assez violents, point de côté à droite, puis toux, expectoration sucre d'orge, peu de dyspnée, langue humide, *état général excellent;* en arrière et à droite, respiration soufflante avec râles crépitants, bronchophonie, légère exagération des vibrations thoraciques, température peu élevée, à 38°8. Chez lui, nous n'avons pas trouvé d'indications spéciales pour le traitement et nous nous sommes bornés à l'expectation, ce qui ne peut donner raison aux sceptiques, ni affliger les outranciers en thérapeutique; nous avons su nous abstenir de toute intervention thérapeutique et répondre ainsi à cette apostrophe que naguère le célèbre Magendie lançait à l'un de ses collègues de l'Académie : « Avez-vous jamais essayé de ne rien faire? »

Voilà donc quatre malades atteints d'une même affection, la pneumonie, et pour lesquels nous avons institué un traitement absolument différent : pour l'un, une saignée générale avec des injections de morphine; pour l'autre, le sulfate de quinine à haute dose; pour le troisième, la potion de Todd, des injections de caféine et une préparation d'uréthane; pour le quatrième enfin, l'abstention thérapeutique, l'expectation simple. Pourquoi cette différence dans la médication pour une même maladie? C'est parce qu'en clinique, on ne soigne pas des maladies, mais des malades; c'est qu'il n'y a pas « de maladies locales, mais des maladies localisées »; c'est parce qu'en thérapeutique, on ne doit pas seulement viser l'organe lésé, mais surtout l'organisme malade, et que nous avons sans cesse obéi aux indications thérapeutiques. Un savant anatomo-pathologiste nous montrerait sans doute des différences dans ces quatre pneumonies; un modeste praticien voit autre chose que l'organe malade, il étudie les réactions nombreuses et diverses qu'il produit sur l'état général; il ne mesure pas la gravité du mal à la *quantité* du poumon atteint, il « veut pénétrer la tendance de la maladie, le but où elle marche », comme le disait si bien Borsieri. Dans un temps où l'on cherche à stéréotyper les traitements des maladies, où les faiseurs de médications proposent systématiquement des traitements pour chaque affection, où les principes vrais de la médecine sont parfois méconnus, il n'est pas inutile de jeter un regard en arrière et de s'inspirer encore du principe des indications.

On soigne des malades et non des maladies; en voici la preuve : Si l'oreille appliquée contre la poitrine, vous percevez chez un vieillard ou chez un adulte, ou encore chez un enfant, une même zone, une même étendue de matité dans un point de la poitrine, les mêmes râles, à peu près le même souffle tubaire, quelles profondes différences cependant séparent le pneumonique vieillard et le pneumonique adulte ou enfant! Chez le premier, comme l'avait si bien remarqué Grisolle, les organes semblent vivre et souffrir isolément, les lésions les plus graves peuvent coïn-

cider avec un petit nombre de symptômes légers et presque insignifiants, les maladies sont souvent latentes et frustes, les pneumonies surviennent sans frisson, sans point de côté, sans élévation de température, sans dyspnée, et l'on voit, comme Hourmann et Dechambre l'ont signalé les premiers dès 1836, des malades se lever, marcher, se promener et mourir presque subitement, quand à l'autopsie, on peut trouver « une grande partie du tissu pulmonaire en suppuration. » Que de fois n'ai-je pas vu, à la Salpêtrière, ces sortes de pneumonies ambulatoires, toutes ces maladies sans réaction sur l'organisme, tous ces états morbides si bien caractérisés par Caldwell sous le nom de *walking cases* (cas où l'on marche)! Et quelles différences profondes avec les affections fébriles des enfants chez lesquels les réactions sont violentes, générales, tumultueuses, comme j'en ai cité notamment un fait à propos d'un cas de pneumonie cérébrale (1)! La maladie, la lésion sont à peu près les mêmes chez l'enfant et chez le vieillard; est-ce que vous appliquerez le même traitement chez l'un comme chez l'autre? Non, assurément. Et ce que je dis de l'âge, on peut le dire encore du tempérament, de la constitution, de l'état des forces du sujet, etc.

Par conséquent, ce qui domine toute la médecine pratique, c'est l'indication thérapeutique, et Sydenham avait raison de dire : « La médecine consiste plus à connaître les véritables indications qu'à inventer de nouveaux remèdes pour les remplir. »

Qu'est-ce donc qu'une indication?

Indicatio est agendi insinuatio, avait dit Galien. Nous la définirons : la notion fondée sur l'examen de la maladie et du malade, d'après laquelle on déduit les diverses applications thérapeutiques. Une définition plus brève que je vous propose, serait encore celle-ci : *l'indication thérapeutique est la notion de l'opportunité médicamenteuse.*

Il en résulte que les indications thérapeutiques doivent viser la maladie, le malade, le médicament ; et si je voulais traiter cette vaste question au point de vue didactique, je vous démontrerais toutes les questions que soulèvent les indications relatives à la maladie, au sujet de sa cause, de ses lésions, de ses complications, de la pathogénie des accidents, de l'étude des crises, etc. ; je vous montrerais que pour le malade, il faut avoir égard à sa constitution, à son tempérament, à son état diathésique, à son âge, à son sexe, à l'état de ses forces, à la saison qui n'est souvent qu'un climat passager, comme le disait Gueneau de Mussy ; je vous montrerais encore que pour le remède, c'est-à-dire pour l'instrument de l'indication, la question des doses est d'une importance capitale, et qu'on peut donner une action différente à un médicament en l'administrant de telle ou telle façon, en telle ou telle quantité.

Ainsi, l'*action cardiaque* de la digitale peut être obtenue avec des doses relativement faibles ; mais son *action antifébrile* a besoin, pour se manifester, de doses beaucoup plus élevées. Le sulfate de quinine à doses modérées peut être un antinévralgique puissant ; mais c'est à doses plus fortes et massives qu'il doit être administré contre les accidents graves de la malaria, tandis qu'avec cinq ou dix centigrammes longtemps continués il jouit de propriétés toniques indiscutables. Comme modificateur et restaurateur de la nutrition, l'arsenic doit être administré à la dose de cinq

(1) De la pneumonie cérébrale chez les enfants (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1885).

©BIU Santé

milligr. à un centigramme par jour, et à celle de deux à cinq centigrammes contre les accidents de l'impaludisme chronique. Si les injections de morphine à dose suffisante sont calmantes et procurent le sommeil, elles deviennent, au contraire, excitantes avec de faibles doses.

Les indications thérapeutiques peuvent aussi s'adresser à la fois au remède et au malade. Vous devez savoir que les hystériques et les neurasthéniques présentent, comme je l'écrivais il y a quatre ans dans le *Traité des névroses*, une sorte « d'*ataxie thérapeutique* » en vertu de laquelle on observe si fréquemment ces susceptibilités singulières, ces résistances ou ces révoltes de l'organisme contre certaines substances médicamenteuses. Les malades ne réagissent pas ou réagissent trop sous leur influence : tel peut supporter des doses élevées de chloral ou d'opium pour n'arriver qu'à grand'peine à quelques heures de sommeil ; tel autre au contraire est plongé dans un véritable état soporeux pour avoir pris quelques gouttes de laudanum ou un centigramme d'extrait thébaïque ; chez celui-ci, la quinine ou la belladone produisent rapidement des effets toxiques ; chez celui-là, l'ingestion d'un médicament quelconque produit des effets tout opposés à ceux que l'on croyait obtenir (1). N'observez-vous pas, du reste, les mêmes particularités chez les alcooliques avec lesquels les hystériques présentent tant de points de ressemblances cliniques, et ne connaissez-vous pas leur tolérance singulière pour des quantités considérables de substances toxiques, puisqu'ils peuvent supporter impunément des doses de 8 à 10 grammes de chloral, de 0,40 à 0,50 centigr. d'extrait d'opium, et qu'en Angleterre on a osé leur prescrire 10 à 12 gr. de teinture de digitale pendant leurs attaques de *delirium tremens* ?

Tous ces faits ont donc une grande importance pratique, puisqu'ils vous imposent l'obligation de modifier les doses des médicaments suivant l'état du malade et l'effet thérapeutique que vous voulez obtenir. (*A suivre*).

Thèses d'agrégation en médecine.

DES CRISES DANS LES MALADIES, par A. CHAUFFARD.

Il est naturel que ce sujet ait été plusieurs fois proposé comme épreuve de concours ; c'est un de ceux qui donnent le mieux la mesure des changements apportés dans les doctrines de pathologie générale par les progrès de toutes les sciences médicales. Il a été traité notamment par Andral, en 1824, par H. Gouraux, en 1835. Depuis la dernière fois où le sujet a été abordé dans un exposé solennel devant l'Ecole, une acquisition positive considérable a été faite par la médecine contemporaine : la notion du rôle pathogénique des organismes parasitaires microscopiques.

Lorsqu'on a su que le sort avait fait échoir le sujet des crises à M. An. Chauffard, quelques personnes ont exprimé la crainte que notre savant et brillant confrère pût se sentir un peu entravé par une tradition paternelle dans la mise en œuvre des idées nouvelles. Cette crainte était mal fondée.

M. An. Chauffard a su montrer dans sa thèse qu'il n'est pas impossible de concilier la vérité d'aujourd'hui avec l'enseignement traditionnel auquel le professeur Chauffard a, comme le disait M. Bouchard en prenant possession de la même chaire, « consacré pendant trente-quatre ans un talent incontesté, une éloquence entraînante, un labeur incessant. »

Aussi tout en « saluant avec un respect filial » la part qui est demeurée viable dans la doctrine exposée jadis si éloquemment par le professeur Chauffard, le jeune agrégé

(1) *Traité des névroses*, 2e édition 1882, page 907.

n'a-t-il pas cru faire tort à une mémoire respectée en montrant toute la clarté que projette sur la pathogénie et la physiologie pathologique de la Crise le flambeau de la doctrine microbienne.

C'est avec habileté que, pour faire comprendre comment s'accomplit la crise dans les maladies par infection, il a choisi l'exemple de la fièvre récurrente (relapsing fever). Dans cette maladie, il est démontré que l'accès fébrile est toujours précédé par l'apparition dans le sang des spirilles décrits par Obermeïer, que ces éléments disparaissent au contraire un peu avant la crise et font toujours défaut pendant la défervescence et les périodes intercalaires. Dans le relapsing fever, il existe aussi des pseudo-crises, mais alors, bien que la défervescence paraisse se faire et qu'une certaine atténuation des symptômes puisse donner le change, la pseudo-crise diffère toujours de la crise légitime en ce que les spirilles ne disparaissent pas du sang. Donc « on ne peut s'empêcher de supposer que, si les spirilles par leur développement rapide déterminent le paroxysme fébrile, c'est fort probablement à leur disparition subite qu'il faut attribuer la crise avec les phénomènes si frappants qui l'accompagnent ».

Un tel exemple est de nature à frapper fortement l'esprit et prépare le lecteur à accepter la définition pathogénique suivante : « Dans les maladies infectieuses aiguës à terminaison critique, la crise est constituée par l'ensemble des circonstances qui font que, à un moment donné, le microbe pathogène cesse de vivre ou d'influencer l'organisme. »

Un travail du genre de celui que vient de faire M. A. Chauffard ne se prête pas à l'analyse dans les conditions d'espace dont nous disposons ; en donner des extraits serait le défigurer ; il devra être lu, en entier, par tous les médecins désireux de comprendre par quels liens indissolubles l'avenir de notre science est lié à son passé.

P. L. G.

DES PYREXIES ABORTIVES, par M. LETULLE.

Une pyrexie abortive, dit l'auteur, sera à nos yeux une *maladie générale aiguë*, infectieuse le plus souvent, et *qui avorte spontanément*, c'est-à-dire *en dehors de toute intervention thérapeutique*. La détermination rigoureuse de la forme abortive d'une pyrexie est parfois fort difficile ; M. Letulle le montre par plusieurs exemples. La bénignité ou la gravité d'une pyrexie n'ont d'ailleurs rien à voir avec ce qu'on pourrait appeler l'abortivité. Ce ne peut-être que dans la durée des périodes fébriles qu'il faut chercher les éléments caractéristiques et pathogéniques d'une forme abortive. Une pyrexie abortive est une maladie aiguë qui s'arrête court, c'est une fièvre *écourtée*, dont l'antithèse est une fièvre *prolongée*. Cette notion de fièvre abortive suppose donc la connaissance de la durée pour ainsi dire normale, régulière de la période fébrile dans chaque maladie.

Dans la première partie de sa thèse, M. Letulle étudie l'étiologie générale et la pathogénie de la forme abortive des pyrexies. Il s'appuie sur les données expérimentales les plus récentes fournies par la pathologie comparée pour établir les conditions qui peuvent expliquer chez l'homme l'existence des cas abortifs dans le cours des maladies générales aiguës, et par suite pour trouver les causes qui font avorter telles ou telles pyrexies. Chemin faisant, il est naturellement amené à se demander dans quelle mesure la connaissance des causes qui font que les pyrexies avortent spontanément, pourra nous fournir dans l'avenir le moyen d'atténuer, de faire avorter des virus pathogènes. Les chapitres de cette première partie sont intitulés : « Etude du terrain organique, rôle des germes infectieux, antagonisme, atténuation des virus, les vaccins.

La deuxième partie est consacrée à l'étude clinique d'un certain nombre de pyrexies abortives. M. Letulle les divise en pyrexies *systématisées* et *non systématisées*; les premières sont celles dont les manifestations se cantonnent ou se confinent à tel ou tel système, tel ou tel organe; les secondes se traduisent par des manifestations générales sans prédominance organique spéciale.

Les pyrexies non systématisées comprennent : les septicémies (charbon, fièvre traumatique, fièvre urineuse, puerpérisme, etc.), les maladies typhoïdes.

Les pyrexies systématisés portent leurs manifestations plus spécialement : soit sur le système cutané et muqueux (érysipèle, érythèmes polymorphes, fièvre herpétique, fièvres

©BIU Santé

éruptives), — sur les muqueuses (la grippe, par exemple), — les glandes (oreillons), — un organe (telle la pneumonie).

Le sujet que M. Letulle avait à traiter était à coup sûr plein de difficultés, et il est incontestable qu'il s'en est tiré tout à son honneur. Sa thèse renferme des renseignements nombreux sur des points demeurés jusqu'ici obscurs, et l'ordre dans lequel il a disposé ses matériaux paraît être le meilleur qu'on pût adopter. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Du dosage de l'albumine des urines par l'albuminimètre d'Esbach, par Paul Guttmann. — L'albuminimètre d'Esbach, d'un usage si courant dans nos cliniques depuis plusieurs années, est très peu connu, paraît-il, en Allemagne. Le médecin de l'hôpital Moabit, de Berlin, a institué une série d'expériences pour s'assurer de sa valeur, et les résultats qu'il a obtenus lui sont complètement favorables. Les contre-épreuves faites par la méthode des pesées après coagulation montrent que les indications fournies par la graduation d'Esbach sont d'une précision très suffisante en clinique : il trouve par exemple d'une part 5 grammes, de l'autre, 5 gr. 007 ; dans une autre expérience, 4 grammes et 4 gr. 50 ; c'est le plus grand écart observé.

P. Guttmann recherche également si d'autres réactifs ne fourniraient pas de résultats plus exacts encore avec le même instrument. Il expérimente successivement l'acide azotique concentré et la chaleur, l'acide azotique concentré à froid, l'acide azotique étendu, l'acide tannique, l'alcool, l'acide phénique, le ferrocyanure de potassium ; mais il est loin d'obtenir la même approximation.

Ses conclusions sont que l'albuminimètre d'Esbach constitue un instrument excellent en tous points, et que son maniement facile, son caractère pratique et son prix modique méritent qu'il soit popularisé. Sa cause n'est pas à ce point gagnée en France que nous n'enregistrions avec empressement ce témoignage désintéressé en faveur du procédé de notre compatriote. (*Berlin klin. Woch.*, 1886, p. 117.) — R. L.

De la désinfection du vagin dans le tamponnement, par Koch (d'Eidelberg,) — Le praticien est souvent aux prises avec la difficulté d'assurer à la fois l'hémostase obtenue par le tamponnement et la désinfection d'une cavité où il doit laisser séjourner le plus longtemps possible un corps étranger infiltré de sang et de liquides organiques. La solution du problème réside dans le choix d'une substance désinfectante à incorporer à la matière première du tampon et capable de s'opposer à tous les processus de fermentation et de putréfaction du milieu. L'auteur s'est livré à une série d'expériences sur le coton dégraissé, imprégné d'antiseptiques à divers degrés de concentration et plongé dans un mélange de sang de bœuf et de sécrétions vaginales, maintenu, dans une étuve, à la température du corps humain.

Il résulte tout d'abord de ces expériences que l'absence d'odeur ne donne aucune garantie contre la présence des bactéries. Le sublimé s'est montré inefficace ; une solution au cinq-centième n'empêche pas le développement des micro-organismes. L'iodoforme, l'acide borique, la solution phéniquée au centième, et même la glycérine phéniquée au dixième sont également impuissants. Par contre, on peut recommander une solution phéniquée à 2,5-5 p. 100, et l'acide salicylique en solution alcoolique à 5-10 p. 100. (*Gynæk. Centralbl.*, 1885, p. 610.) — R. L.

Des relations entre le rhumatisme articulaire aigu et les maladies nerveuses, par Brieger. — Malgré la mobilité caractéristique des manifestations ordinaires du rhumatisme articulaire aigu, il est rare de le voir, dans son cycle, s'attaquer à quelque partie du système nerveux. La méningite est bien une de ces localisations du vice rhumatismal que le clinicien a l'occasion de rencontrer de temps à autre. Mais la chorée en est une autre bien plus fréquente et, en Allemagne du moins, bien plus discutée. En effet, tandis qu'en France Sée, Roger, en Angleterre Copland, Brown, Bright, en ont largement vulgarisé la notion, les auteurs allemands se montrent en

© BIU Santé

général réfractaires à ce point de doctrine que diverses statistiques partielles ne lui paraissaient pas suffisamment appuyer. Steiner, Ziemssen, Senator, Prior, Rühle, etc. ne trouvent d'antécédents rhumatismaux chez leurs choréiques qu'en nombre infime. L'auteur ne doute cependant pas de cette relation et il publie l'intéressante observation d'une jeune fille qui, circonstance assez rare, est prise de chorée dans la convalescence même d'un rhumatisme articulaire qui l'atteignait pour la première fois. Il est évident que de pareils faits resserrent étroitement la parenté étiologique des deux affections.

Les deux autres observations de l'auteur sont plus banales : elles ont pour but de mettre en évidence la nature rhumatismale de certaines névralgies, la sciatique par exemple. Les deux malades ont été atteints, à la suite d'un refroidissement, à la fois d'un rhumatisme articulaire aigu et d'une sciatique qui ont cédé simultanément au salicylate et au benzoate de soude. (*Berlin klin. Woch.*, 1886, p. 149.) — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Marey présente une note de M. R. Dubois intitulée : *Influence des vapeurs anesthésiques sur les tissus vivants.*

« Sous ce titre : *Action des vapeurs de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée*, j'ai publié une série de notes dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie.*

« Mes recherches ont porté principalement sur l'action exercée par les vapeurs de chloroforme, d'éther, de sulfure de carbone, d'alcool sur le protoplasma des tissus végétaux et animaux.

« J'ai montré, par des exemples nombreux et variés, que les vapeurs de ces liquides ont la propriété de pénétrer dans l'intimité des tissus et de se substituer, sans changer la forme colloïdale des protoplasmas, à l'eau qu'ils renferment normalement.

« Il ne s'agit pas ici d'un phénomène de dessiccation, de dessèchement, comparable à ce que l'on connaît. Ce n'est pas non plus un phénomène d'osmose s'exerçant entre les liquides de nature différente entre lesquels est interposée une membrane. Il y a une véritable affinité mise en jeu, les protoplasma absorbent les vapeurs des liquides anesthésiques et rejettent une certaine quantité d'eau à l'état liquide.

« L'expérience est très démonstrative si l'on fait agir ces vapeurs sur des tissus végétaux pauvres en vacuoles ou en trachées ; car alors l'eau vient s'accumuler à la surface externe des organes sous forme des gouttelettes volumineuses : les feuilles se couvrent d'une couche de rosée abondante. Dans les végétaux très vasculaires, c'est dans l'intérieur des trachées ou des lacunes aériennes que se fait l'accumulation de l'eau chassée par les vapeurs de ces liquides. Le fait est le même pour les tissus animaux.

« On s'explique ainsi facilement pourquoi les graines ne peuvent pas germer, même dans un milieu humide, quand celui-ci contient de semblables vapeurs ; puisque ces mêmes vapeurs chassent l'eau des protoplasmas, *a fortiori*, empêcheront-elles l'humidité de pénétrer dans la graine, phénomène essentiel pour la germination.

« La même propriété explique l'action antiseptique de ces vapeurs, car les spores et tous les organismes doivent absorber de l'eau pour se développer. De petites proportions de ces vapeurs suffisent pour éliminer une proportion d'eau relativement considérable.

« Enfin, il est à noter que l'action est d'autant plus rapide, d'autant plus puissante, que la vapeur du liquide considéré est plus anesthésique ; on peut les ranger d'après leur activité décroissante dans l'ordre suivant :

« 1° Chloroforme ;
« 2° Benzine ;
« 3° Sulfure de carbone ;
« 4° Éther sulfurique ;

« 5° Alcool.

« Ces faits me paraissent intéressants en ce qu'ils viennent confirmer l'hypothèse émise par Claude Bernard dans ses *Leçons sur les anesthésiques*, à savoir que les anesthésiques agissent en produisant une *semi-coagulation* du protoplasma. Seulement, à mon avis, il ne s'agit pas d'une coagulation, mais d'un phénomène de substitution analogue à ceux que Graham a étudiés en faisant agir l'éther, l'alcool, etc., sur les hydrates colloïdaux minéraux. »

M. R. Pictet soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : « Nouveau cycle réversible permettant la transformation de la chaleur suivant le premier principe de Thermodynamique : la chaleur ambiante peut être considérée comme une source de travail mécanique disponible ».

M. Hayem et M. Ch. Richet prient l'Académie de les comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par M. Vulpian, nommé secrétaire perpétuel.

M. H. de Parville adresse une note *Sur une illusion visuelle et l'oscillation apparente des étoiles.*

« M. Charpentier vient d'appeler l'attention sur une illusion visuelle intéressante.

« Lorsque l'œil regarde pendant quelque temps, dans une complète obscurité, un objet immobile de petit diamètre et faiblement éclairé, le plus souvent cet objet paraît se mouvoir avec une certaine vitesse ou décrire des sinuosités. Cette illusion nous semble devoir être rapprochée d'un phénomène peu connu que les Allemands désignent sous le nom de *sternschwanken*, qui correspond à peu près à l'expression française « sautillement des étoiles ».

« Lorsque, la tête bien appuyée contre un mur, on fixe une étoile, il arrive, le plus souvent, que l'étoile paraît s'agiter et osciller rapidement. M. G. Schweizer, de Moscou, est, à notre connaissance, le premier qui ait signalé cette forme particulière de *sternschwanken*, qu'il ne faut pas confondre avec celle dont a parlé Humboldt après son ascension au pic de Ténériffe et qui a une tout autre cause. Les observations de M. Schweizer remontent à 1836. La température dans la soirée était de — 16° C., le ciel pur, mais foncé ; or il s'aperçut que Jupiter, Sirius et différentes autres étoiles oscillaient plus ou moins vite ; mais ces astres se déplaçaient en même temps et décrivaient des courbes semblables. Quand on les examinait à travers une lunette, les étoiles reprenaient leur immobilité. Il faut, pour que le phénomène ait lieu, qu'il n'y ait pas de lune et que les astres se montrent dans un ciel sombre.

« Ce phénomène est bien d'ordre subjectif, comme celui qu'a décrit M. Charpentier ; car le déplacement des étoiles n'est pas le même et les mouvements ne concordent pas pour différents observateurs. Il cesse de se produire quand on regarde en remuant vivement les paupières ; dans les mêmes conditions, pour nous du moins, l'expérience de M. Charpentier ne réussit pas davantage. Ces faits semblent donc prouver qu'il existe une certaine analogie entre l'illusion visuelle produite expérimentalement par M. Charpentier et le *balancement des étoiles.* »

FORMULAIRE

Pommades contre l'eczéma du cuir chevelu.

1°	Acide salicylique.....	0 gr. 60 cent.
	Teinture de benjoin.....	20 gouttes
	Vaseline.....	30 grammes

Mêlez. — Ou bien :

2°	Acide salicylique.....	1 gramme
	Amidon et oxyde de zinc, ää.....	15 grammes
	Vaseline.....	30 —

Mêlez. — On lave deux ou trois fois le cuir chevelu au savon noir, puis on applique, chaque jour, l'une ou l'autre de ces pommades. La dernière est plus ferme et plus siccative. — N. G.

Bulletin bibliographique.

De l'hystérie chez les enfants, par le docteur Pecigniez. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr.

Société des sciences médicales de Gamat. Compte rendu des travaux de l'année 1884-85. — Tome XXXIX. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

Du diabète sucré chez la femme, par le docteur Lecorché. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 fr.

Manuel de chirurgie d'armée, par le docteur Audet, médecin-major de 2e classe, etc. 1 vol. in-8°, avec 48 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs.

Anatomie pathologique du système nerveux. Cours complémentaire, professé à la Faculté de médecine de Paris par le docteur Raymond. 1 vol. in-8°, avec 114 fig. intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 9 francs.

Physiologie de la voix et du chant. Hygiène du chanteur, par le docteur Gouguenheim et M. Lermoyez. 1 vol. in 8°, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr.

Étude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro (Manuel opératoire), par le docteur Bourdon. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Les influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie, par le docteur Andrieu. In-8°. — Prix : 3 francs.

Bibliothèque anthropologique. Tome II. Le darwinisme, leçons professées à l'Ecole d'anthropologie, par Mathias Duval. 1 vol. in-8°, avec 7 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs.

Traité pratique des maladies du système nerveux, par le professeur J. Grasset, suivi d'un appendice sur l'électrothérapie en général, par le docteur Régimbeau. 3e édition, 1 fort vol. in-8°, avec 73 figures intercalées dans le texte et 16 planches, dont 7 en chromolithographie, eau forte et photographie. — Prix : 28 francs.

Au Tonkin, par le docteur Challan de Belval. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50.

Le mécanisme des osselets de l'oreille et de la membrane du tympan, par le professeur Helmpoltz, traduit par le docteur Rattel. In-8° avec 12 fig. dans le texte. — Prix : 3 francs.

Manuel de gynécologie, par les docteurs Hart et Barbour, ouvrage traduit sur la 2e édition par le docteur Crouzat avec une préface du docteur P. Budin. 1 vol. in-8°, avec 400 fig. intercalées dans le texte et 9 planches. — Prix : 14 francs.

Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin par le docteur Ch. Viry. 1 vol. in-18, avec 42 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (tome II) 1884-1885, par S. Jaccoud, professeur de clinique à la Faculté de Paris, etc. 1 vol. in-8° avec 36 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 15 francs.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée, et le docteur Labadie-Lagrave médecin des hôpitaux.

Des maladies simples du poumon, asthmes, pneumobulbaires, asthme cardiaque, congestions, hémorrhagies et induration du poumon, lésions des plèvres, par le professeur G. Sée tome III. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs.

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux, professeur agrégé, etc. Tome III, 1re partie. Anatomie pathologique des systèmes, système locomoteur. Anatomie pathologique des appareils. Appareil de l'innervation. 1 vol. in-8°, avec 131 fig. intercalées dans le texte. — Prix du tome III, complet pour les souscripteurs : 20 francs.

©BIU Santé

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. in-8° raisin de 1700 pages avec 9 fig. dans le texte et 2 planches. — Prix : 27 francs. — Ouvrage couronné par l'Institut de France.

Ces ouvrages ouvrages se trouvent chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Deux concours de clinicat ont commencé le jeudi 17 juin, à neuf heures du matin :

1° Pour la nomination à trois places de chefs de clinique chirurgicale titulaires et trois places de chefs de clinique adjoints. Le jury se compose de MM. les professeurs Richet, président ; Verneuil, Trélat, Panas et Lannelongue, juges. Les candidats, au nombre de cinq sont : MM. les docteurs Barette, Castex, Guinard, Hache et Ozenne.

Le sujet de la composition écrite (première épreuve pour laquelle trois heures sont accordées) a été : « Sinus maxillaire, collections liquides de ce sinus. »

2° Pour la nomination à une place de chef de clinique d'ophthalmologie titulaire et une place de chef de clinique adjoint. Le jury se compose de MM. les professeurs Gavarret, président ; Richet, Verneuil, Panas et Lannelongue, juges. Les candidats, au nombre de deux, sont : MM. les docteurs Valude et Kalt.

Le sujet de la composition écrite a été le même que celui du concours du clinicat chirurgical.

— M. le docteur Tavenaux est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris.

Hôpitaux de Nantes. — Le concours pour l'internat en pharmacie, ouvert le 10 mai 1886, s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Allaire, Lerat, Cordier, Baumé, Perrouin et Maynard. — *Internes provisoires* : MM. Brillanceau, Grias, et Baré.

L'Institut Pasteur. — Dans sa dernière session, le Conseil général du Rhône a voté une somme de 1,000 francs pour l'Institut Pasteur. Le Conseil a, en outre émis, le vœu de voir les laboratoires de nos Facultés de province pourvus de vaccin antirabique dès que l'illustre savant aura définitivement établi les principes de sa méthode.

Un second crédit prévisionnel de 500 francs a été inscrit pour faire face aux frais de voyage des indigents du département du Rhône mordus par des chiens enragés.

Le Conseil municipal de Lyon a également, dans une de ses dernières séances, voté une somme de 1,000 francs pour l'Institut Pasteur.

École de médecine de Dijon. — Le concours ouvert la semaine dernière devant la Faculté de médecine de Lyon, pour la place de professeur suppléant de pathologie et clinique internes vacante à l'Ecole de Dijon, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Quioc, ancien interne des hôpitaux, ex-chef de clinique ophthalmologique à la Faculté.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 juin 1886, dans la vallée de la Bièvre. — Rendez-vous à la porte d'Italie à midi.

Dyspepsies. Traitement le plus efficace par l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Henri Huchard : Considérations sur les indications thérapeutiques en général. — II. Bibliothèque : La pratique des maladies vénériennes. — III. Intérêts professionnels : La déclaration des cas de variole et le secret professionnel devant la mairie et la Société de médecine de Lyon. — IV. L'Epidémie cholérique de 1886. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Courrier.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard.

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales (1).

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN GÉNÉRAL.

II

Indications et contre-indications de la digitale dans les affections du cœur. — Indications relatives à la notion de l'orifice atteint ; contre-indications de la digitale dans le rétrécissement mitral, l'insuffisance tricuspidienne, les affections de l'aorte, etc. — Au point de vue clinique et thérapeutique, division des affections du cœur en quatre périodes : eusystolie, hypersystolie, hyposystolie, asystolie (ou amyocardie). — Mode d'administration de la digitale. — Dangers de son administration dans les dégénérescences avancées du myocarde. — Foie cardiaque et cœur hépatique. — Digitale dans les cardiopathies compliquées d'albuminurie. — Ses indications et ses contre-indications dans les diverses palpitations. — Palpitations et accélération des battements du cœur. — Utilité des médicaments vasculaires dans certaines cardiopathies secondaires des fièvres graves.

Il serait trop long, et peut-être fastidieux, de traiter d'une façon didactique cette grande question des indications thérapeutiques ; j'aime mieux vous citer encore quelques exemples qui vous montreront plus clairement le but essentiellement pratique de cette leçon.

Prenons les *maladies du cœur et de l'aorte*, et voyons d'une façon sommaire quelles sont les indications et contre-indications de la digitale. On a voulu en quelque sorte dichotomiser le traitement de ces maladies, et on a dit : la digitale est le médicament des affections mitrales, elle doit être bannie de la thérapeutique des affections aortiques. Double erreur. Car, si dans l'insuffisance mitrale la digitale est très souvent indiquée, dans le rétrécissement mitral pur ce médicament héroïque produit de mauvais effets. Comme l'a dit si judicieusement mon cher et éminent maître, M. Potain, le cœur atteint de rétrécissement mitral est « un appareil réglé pour un petit travail », il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut faire, et il est inutile, sinon nuisible, de vouloir augmenter l'énergie du ventricule, puisqu'il ne peut recevoir qu'une faible quantité de sang à travers un orifice trop rétréci et souvent infranchissable. La digitale n'est indiquée que lorsque le muscle cardiaque commence à faiblir, lorsque viennent à apparaître l'arythmie et les phénomènes de stase à la périphérie du système circulatoire.

Dans les insuffisances tricuspidiennes, que de fois aussi la digitale a-t-elle été inutile et surtout nuisible ! Inutile, parce qu'elle s'est adressée à un cœur complètement dégénéré, comme le fait se rencontre si souvent dans certaines inocclusions de la triglochine qui constituent le dernier terme des dilatations et des dégénérescences cardiaques ; nuisible, parce que cette insuffisance est souvent un phénomène compensateur, qu'en le supprimant on accentue encore l'exagération de pression intra-pulmonaire

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 juin 1886.

©BIU Santé

qu'il était destiné à éviter, et qu'on peut provoquer des congestions ou des apoplexies pulmonaires par cette thérapeutique intempestive.

Vous voyez déjà que la notion de l'orifice atteint n'est pas suffisante pour inspirer l'indication du médicament.

Sans doute, dans les affections orificielles de l'aorte, et surtout dans la maladie de Corrigan, la digitale est contre-indiquée, parce qu'elle élève la tension artérielle dans un mal où cette dernière est déjà exagérée ; parce qu'en accentuant la brusquerie de la systole elle imprime aux ondes circulatoires des oscillations trop violentes et trop répétées qui, avec l'élévation de la pression sanguine, peuvent contribuer sur des artères déjà dégénérées et affaiblies à la production de ruptures vasculaires et d'hémorrhagies cérébrales ; parce qu'elle prolonge encore la période diastolique déjà augmentée par le fait de l'inocclusion valvulaire ; parce qu'elle contribue enfin, au moyen de son action vaso-constrictive, à sérieusement aggraver cette anémie périphérique et viscérale engendrée par la maladie. Et c'est pour cette dernière raison, que les préparations opiacées, que la morphine plus particulièrement, comme je crois l'avoir démontré, que la trinitrine et avec elle tous les médicaments ayant pour résultat de congestionner les centres nerveux, produisent dans ces affections des effets si salutaires (1). Tout cela est vrai, et vous savez aussi qu'au début des affections aortiques, la digitale est contre-indiquée comme dans toutes les affections mitrales ou organiques du cœur compensées. Mais, si vous voulez mieux connaître encore le moment de l'opportunité digitalique dans ces maladies, vous devez les diviser en quatre périodes :

1° Période d'*eusystolie*. La lésion est compensée, il n'y a rien à faire au point de vue médicamenteux, tout se borne à une bonne hygiène.

La digitale serait inutile.

2° Période d'*hypersystolie*. La compensation est exagérée. L'hygiène joue encore un grand rôle et les calmants du cœur, l'aconit, les bromures sont indiqués.

La digitale *serait nuisible.*

3° Période d'*hyposystolie*. Le muscle cardiaque et les vaisseaux sont atteints d'asthénie, c'est la période des œdèmes, des congestions viscérales, des hydropisies, le cœur bat mollement et faiblement, etc.

C'est le triomphe de la digitale.

4° Période d'*asystolie* ou d'*amyocardie*. Le tissu cardiaque est profondément dégénéré, c'est la parésie cardiaque, la cardioplégie définitive de Gubler. La digitale peut encore produire de bons effets.

Mais c'est là *le triomphe de la caféine à haute dose.*

Dans les lésions aortiques, on a le grand tort de localiser l'affection à l'aorte et de ne tenir compte, pour la thérapeutique, que de cette localisation. Mais le plus souvent ces lésions sont l'expresion locale d'un mal plus général, de l'artério-sclérose qui va envahir progressivement le myocarde comme auparavant l'aorte, et alors les fibres musculaires dégénèrent promptement, le cœur fléchit, les cavités se dilatent, l'orifice auriculo-ventriculaire gauche se dilate avec elles, il en résulte un souffle mitral fonctionnel bien différent des autres, puisqu'il est en raison directe de l'affai-

(1) De la médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur (rétrécissement et insuffisance aortiques), *Journal de thérapeutique*, 1877. — Applications thérapeutiques de la trinitrine (*Bulletin de thérapeutique*, 1883).

©BIU Santé

blissement du myocarde. Alors, l'aortique entre dans la période de la mitralité, *il est aortique par la lésion, mitral par la maladie*. Il faut le considérer, le soigner comme un mitral, car il l'est par les congestions, les œdèmes, les hydropisies qui ne tardent pas à se produire.

Mais ce n'est pas tout encore, et vous ne devez pas ordonner la digitale en aveugles. Un malade arrivé à la dernière période d'une affection du cœur (aortique ou mitrale) présente un œdème considérable des membres inférieurs, des hydropisies un peu partout, dans la plèvre, le ventre, le péricarde, et des congestions viscérales généralisées, etc. Vous allez donner la digitale d'emblée et vous aurez un insuccès complet. Vous aurez commis une grande faute : car comment voulez-vous que le médicament puisse agir sur des vaisseaux énormément distendus et encombrés, sur des capillaires comprimés par l'infiltration séreuse ; comment voulez-vous que le cœur déjà affaibli puisse vaincre un obstacle infranchissable et lutter contre cette espèce de barrage circulatoire constitué par des hydropisies multiples et abondantes ? N'avez-vous pas constaté souvent que la même impuissance thérapeutique se réalise dans un épanchement pleurétique très abondant, parce que vous n'avez pas su employer dans leur temps et suivant un ordre déterminé, les diverses médications usitées contre cette maladie ? Le liquide remplit toute la poitrine, et tous les purgatifs, les diurétiques, les vésicatoires seront inutiles, parce que les vaisseaux lymphatiques comprimés et obturés par cet épanchement sont matériellement incapables de le résorber. Enlevez seulement deux cents à trois cents grammes du liquide, et vous ne tarderez pas souvent à le voir se résorber avec rapidité. De même, avant de donner la digitale, il faut désemplir le trop plein du système veineux, et vous y arriverez le plus souvent par des saignées générales qui ont opéré des résurrections, par des purgatifs répétés, par des saignées locales. Alors, la digitale ordonnée dans ces conditions aura toute son efficacité et produira la diurèse que vous cherchez à obtenir. Cette règle a une grande importance et je puis vous citer le fait récent d'un aortique arrivé à la dernière période d'une asystolie, chez lequel l'administration répétée d'infusion de digitale restait absolument sans effet, alors qu'un mois auparavant le médicament avait combattu avec le plus grand succès tous les accidents d'asthénie cardio-vasculaire. Je vois le malade que je trouve atteint d'une infiltration généralisée et considérable des membres, avec congestions viscérales multiples et hydrothorax très abondant à droite ; je fais pratiquer sur le foie une application de six ventouses scarifiées, j'ordonne une saignée générale de 300 grammes. Deux jours après, il est purgé avec 25 grammes d'eau-de-vie allemande, et, quand j'ai obtenu une suffisante spoliation séreuse, je prescris 0,50 centigr. de macération de digitale. En trois jours, la diurèse monte jusqu'à 4 litres ; tous les œdèmes, toutes les congestions disparaissent, le malade était guéri de cette sévère attaque d'asystolie que l'on regardait déjà comme définitivement irrémédiable !...

Ce n'est pas tout encore, et il vous faut encore connaître les contre-indications à l'emploi de la digitale. Vous avez tous vu cette malade, couchée au n° 26 de la salle Récamier, atteinte d'insuffisance mitrale avec dilatation des cavités droites de cœur ; elle présentait un pouls petit, mou, dépressible avec une diminution assez considérable du choc de la pointe, bruits sourds et irréguliers, œdème assez considérable des membres inférieurs. Mais, chose importante, les urines étaient relativement claires,

©BIU Santé

abondantes (1,400 à 1,500 grammes par jour), presque normales, et le foie était énorme et douloureux. Or, de même que le cœur retentit sur le foie, le foie retentit sur le cœur, et, s'il y a un foie cardiaque, il y a aussi un cœur hépatique; et vous vous rappelez qu'au sujet de cette malade, je vous ai démontré que la congestion énorme du foie, après avoir été effet, devenait cause à son tour, et qu'elle contribuait pour une très large part à la production des accidents cardiaques et de la dilatation du ventricule droit. L'indication thérapeutique consistait donc, non pas à donner de la digitale, qui eût été absolument inutile et peut-être nuisible, mais à diminuer l'hyperémie hépatique. Et c'est ainsi que vous avez vu l'administration de purgatifs répétés, l'application de ventouses sèches et de ventouses scarifiées, de pointes de feu et de vésicatoires sur la région hépatique, triompher rapidement de cette pseudo-asystolie et redonner au myocarde une force qu'il avait momentanément perdue. Ici vous vous attaquez à la cause, comme vous pouvez le faire chez d'autres cardiaques secondaires devenus asystoliques par suite d'une affection gastrique, d'une bronchite, d'une pleurésie intercurrente, et chez lesquels vous avez vu souvent le traitement de la dyspepsie par le laitage ou d'autres moyens appropriés, la guérison de la bronchite, la paracentèse de la poitrine agir avec un succès supérieur à la digitale. Vous voyez donc qu'il y a plusieurs sortes d'asystolies et qu'elles ne sont pas toutes tributaires de la médication digitalique.

Dans le dernier exemple que je vous ai cité, vous avez vu que je me suis appuyé principalement sur l'abondance normale des urines pour condamner l'emploi de la digitale. C'est qu'en effet, il ne suffit pas de constater l'affaiblissement des systoles, la petitesse du pouls pour trouver une indication dans l'emploi du médicament. C'est l'œil sur le bocal d'urines qui doit vous guider. Lorsqu'avec des urines rares, uratiques, vous constatez des troubles profonds dans la circulation périphérique, des œdèmes, des hydropisies et des congestions viscérales, vous pouvez prescrire hardiment la digitale. Car, elle est bien, comme le disait Lorain, le médicament des hydropisies.

Cependant, un jour arrive où, après avoir vaincu plusieurs crises asystoliques, où après avoir administré le médicament avec le plus grand succès dans une affection du cœur réunissant les trois indications capitales de la digitale, — l'affaiblissement de la contractilité cardiaque, l'abaissement de la tension artérielle avec augmentation de la tension veineuse, la rareté des urines coïncidant avec la présence d'hydropisies multiples, — vous arrivez à l'insuccès le plus complet. Sous son influence, le cœur peut bien encore se ralentir, mais il ne prend aucune force, les urines restent peu abondantes, les hydropisies et les congestions viscérales persistent, l'asystolie poursuit son œuvre, le remède reste non seulement impuissant, mais il devient inutile, nuisible même, surtout si vous en continuez l'emploi. Alors, il doit être pour vous un élément de diagnostic et de pronostic: de diagnostic, car l'insuccès de la médication vous démontre le plus souvent l'existence de la dégénérescence graisseuse du cœur; de pronostic, parce qu'il vous démontre encore que la maladie est entrée dans une nouvelle phase pleine de dangers, celle de l'asystolie définitive et permanente, de l'*amyocardie*, comme je vous propose de l'appeler, de l'*asystolie cardioplégique*, comme l'appelait Gubler en l'opposant à l'asystolie cardiataxique. A partir de ce jour, le cœur n'est plus seul en cause; les congestions viscérales deviennent persistantes, irrémédiables, parce qu'elles se sont compliquées

©BIU Santé

du côté des divers organes, du foie, des reins et du poumon, d'un travail subinflammatoire qui ne rétrocède plus, et le retentissement de ces lésions diverses sur le cœur, déjà profondément affaibli, contribue pour une grande part à augmenter encore les phénomènes asystoliques. C'est dans ces périodes ultimes que vous devez avoir recours à un médicament parfois héroïque, à la caféine, qui, administrée à haute dose (1 gramme à 2 grammes par jour) comme mes observations et celles de Lépine l'ont démontré, produit des effets presque merveilleux en augmentant la force du cœur, la tension du système artériel et l'abondance des urines. Les succès que nous avons obtenus au moyen de cette médication, et dont vous avez été plusieurs fois les témoins, confirment donc cette conclusion que j'émettais il y a près de quatre ans : « Si la digitale est impuissante ou nuisible dans les cas où la fibre musculaire est atteinte de dégénérescence graisseuse, dans ceux où l'asystolie se complique d'un véritable état cardioplégique, la caféine, au contraire, peut, dans ces conditions, rendre de réels services (1). » Elle est supérieure à la digitale, en raison de la rapidité et de l'innocuité de son action, car elle n'expose pas à des effets accumulateurs et toxiques, à des phénomènes d'intolérance, et elle produit plus sûrement la diurèse dans tous les cas d'albuminurie cardiaque.

A ce dernier point de vue cependant, il faut vons mettre en garde contre une exagération que j'entends et vois commettre tous les jours, au sujet des dangers de l'administration des médicaments dans les affections rénales. Sans doute, vous devez alors surveiller l'action des substances toxiques; mais que de fois ne m'avez-vous pas vu ordonner, sans aucun dommage pour le malade, des préparations de digitale ou des injections de morphine dans des affections cardiaques compliquées d'albuminurie même abondante!

Une indication intéressante pour l'emploi de la digitale est relative aux palpitations auxquelles on applique trop indistinctement ce médicament. Sans doute, dans une affection mitrale par exemple, lorsqu'avec un pouls petit, mou, dépressible, un choc précordial à peine appréciable, des bruits sourds et irréguliers, avec une tension artérielle faible, on constate l'existence de quelques battements du cœur violents, tumultueux, on doit comprendre, comme le dit si bien Bernheim, que « les palpitations ne signifient pas toujours augmentation du travail cardiaque » et alors la digitale est absolument indiquée. Mais dans la période hypersystolique des affections aortiques, chez les malades atteints de néphrite interstitielle avec artério-sclérose, donnerez-vous de la digitale pour calmer ces palpitations extrêmement violentes qui torturent souvent les malades? Vous commettriez alors une faute, car l'hypertrophie du cœur avec l'exagération de la tension artérielle, l'abondance des urines, l'ampleur du pouls et la violence du choc précordial sont autant de contre-indications à son emploi ; et l'on comprend parfaitement qu'en élevant la pression vasculaire déjà exagérée, en agissant sur des vaisseaux encéphaliques faibles et dégénérés, elle ait pu produire des hémorrhagies cérébrales, comme Traube en a cité des exemples assez concluants.

Une erreur encore souvent commise consiste à confondre l'*accélération des battements du cœur* et les palpitations. J'ai vu assez souvent des car-

(1) De la caféine dans les affections du cœur. (*Bull. général de thérapeutique*, 30 août 1882.)

©BIU Santé

diaques atteints d'affection mitrale et arrivés seulement à la période d'hyposystolie, chez lesquels l'administration de la digitale ne parvenait pas à faire tomber le pouls au-dessous de 90 à 100 pulsations par minute. Vous commettriez alors une faute de thérapeutique en voulant quand même continuer l'emploi du médicament, car l'effort compensateur ne se fait pas seulement, comme on a tort de le croire, aux dépens du myocarde qui s'hypertrophie, il peut encore être réalisé au moyen de l'accélération des battements cardiaques qu'il faut savoir respecter. Car alors, on peut dire que le cœur gagne en vitesse ce qu'il a perdu en force.

Dans d'autres cas tout à fait opposés, cette accélération des battements cardiaques réclame une intervention énergique d'une autre nature. A côté des lésions myocardiaques signalées depuis longtemps déjà dans toutes les maladies infectieuses et surtout dans la fièvre typhoïde, on peut observer des cas que j'ai signalés après Bernheim et Demange, de Nancy (1), et dans lesquels la débilité cardiaque a sa source principale dans la diminution considérable de la contractilité et de la pression artérielle. Alors les troubles vasculaires sont primitifs, les accidents cardiaques sont secondaires ; ce n'est pas au cœur que la thérapeutique doit s'adresser, c'est aux vaisseaux ; ce n'est pas aux médicaments cardiaques qu'il faut avoir recours, mais aux médicaments vasculaires. Et c'est pour cette raison que les préparations d'ergot de seigle, que les injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine ont pu combattre avec succès des accidents cardio-vasculaires redoutables.

Tout à l'heure je vous démontrais toute l'importance que prenait la notion de la cause dans le traitement des diverses asystolies. Il en est de même pour les palpitations. C'est une vérité presque banale de redire que la suppression de la cause fait disparaître les palpitations toxiques provoquées par l'abus du tabac, du thé et du café, ou encore les palpitations réflexes engendrées par les dyspepsies, ou les palpitations dyscrasiques causées par l'anémie. Mais ces dernières encore demandent à être analysées de près surtout chez les chlorotiques et les névropathes qui souffrent si souvent de névralgie intercostale gauche, qui se plaignent de « points douloureux au devant du cœur » et chez lesquels le choc précordial contre une paroi hypéresthésiée est douloureusement ressenti. Chez ces malades, ni les ferrugineux, ni l'hydrothérapie, ni toute la série des médicaments antispasmodiques, bien inutiles du reste, ni la digitale à plus forte raison, ne parviendront à triompher de ces *pseudo*-palpitations. Pour les supprimer, il faut s'adresser à la cause, à la névralgie intercostale, aux applications calmantes sur les points douloureux, aux vésicatoires morphinés, aux injections de morphine, à quelques pulvérisations de chlorure de méthyle....

Je n'ai certes pas la prétention d'avoir épuisé devant vous ce vaste et intéressant sujet des indications et des contre-indications de la digitale ; j'aurai cependant atteint mon but si j'ai pu vous démontrer qu'il n'y a pas seulement des médicaments cardiaques, mais qu'il y a aussi et surtout une médication cardiaque. (*A suivre.*)

(1) Bernheim : Congrès pour l'avancement des sciences. — Demange, de Nancy (*Revue mensuelle de médecine*, 1885). — H. Huchard : L'adonidine, nouveau médicament cardiaque (*Union médicale*, 1885).

©B Santé

BIBLIOTHÈQUE

La pratique des maladies vénériennes, par P. Diday. — Paris, Asselin et Houzeau, 1886.

Voici un livre éminemment utile et appelé à un grand succès : « C'est la résultante des convictions doctrinales et de l'instruction pratique formées par l'exercice ininterrompu d'une spécialité à laquelle l'auteur s'est voué depuis un demi-siècle. » Il est écrit avec l'entrain, la verve et l'esprit qui caractérisent le maître et lui ont mérité le surnom de *Ricord Lyonnais*.

La doctrine est celle qui est classique parmi nous, que l'auteur n'a pas peu contribué à édifier et qui résiste victorieusement aux attaques incessamment renouvelées de l'étranger.

L'instruction pratique est riche en enseignements : c'est une bonne fortune pour les médecins de pouvoir connaître par le détail, et minutieusement, tous les procédés auxquels a recours, dans les difficultés si diverses et si compliquées que présente la cure des maladies vénériennes, un clinicien aussi expérimenté. Si nous croyons devoir formuler des réserves, c'est seulement à propos d'une question de thérapeutique dont l'importance est considérable et sur laquelle l'argumentation de M. Diday, quelle qu'en soit la séduction, n'a pu nous convaincre : il s'agit de l'emploi du mercure dans la syphilis. M. Diday le prescrit, comme nos maîtres de Paris, chaque fois qu'il se trouve en présence d'accidents graves; mais il en limite l'emploi à ces cas et conseille de s'en abstenir chaque fois que la syphilis paraît être bénigne. Il professe, en effet, que ce médicament n'agit pas sur la maladie elle-même, mais seulement sur ses manifestations, et que, par conséquent, il vaut mieux ne pas le donner chaque fois que ces manifestations ne présentent pas de gravité; il invoque à l'appui de sa manière de voir une théorie qui peut être ainsi résumée : les microbes qui constituent l'agent infectieux de la syphilis existent à l'état de *vie manifeste* et à l'état de *vie latente;* dans le premier cas seulement, ils sont justiciables du mercure, d'où le précepte : agir énergiquement contre les manifestations graves ; s'abstenir dans les formes bénignes qui doivent guérir seules, et dans les cas où la maladie reste silencieuse. La théorie est ingénieuse; il ne lui manque que d'être démontrée. Nous avouons que les arguments invoqués en sa faveur n'ont pu nous convaincre, et qu'il nous paraîtrait dangereux de les accepter. M. Fournier, en effet, a établi, et nos observations concordent avec les siennes, que les troubles graves de l'innervation apparaissent surtout dans les syphilis qui, au début, ont paru très bénignes, ont passé presque inaperçues et, par suite, n'ont guère été traitées. Or, on est en droit de se demander si cette gravité tardive ne doit pas précisément s'expliquer par cette insuffisance de traitement? Le seul fait que la question puisse être posée justifie et même nécessite, à nos yeux, l'emploi du mercure au début de toute syphilis, quelque bénigne qu'elle paraisse, d'autant plus que nous considérons ce médicament, manié avec prudence, comme tout à fait inoffensif, contrairement aux allégations récemmment renouvelées par M. Güntz et trop favorablement accueillies par M. Diday. C'est dire que nous ne sommes nullement partisan de la méthode qualifiée par l'auteur d'*opportuniste*, et que nous ne redoutons pas, en cette matière, l'épithète de *radical :* c'est dans ses racines surtout qu'il faut s'efforcer d'attaquer le mal par tous les moyens dont on peut disposer, et, alors même que l'on échoue, l'on doit tenir à honneur d'avoir fait ce qui était possible.

Hâtons-nous de dire que, sauf sur ce point, nous ne trouvons qu'à louer dans le remarquable ouvrage de l'éminent syphiliographe lyonnais; c'est un nouveau fleuron qu'il ajoute à sa couronne scientifique déjà si brillante; nous sommes heureux d'avoir à en constater la grande valeur et de pouvoir dire ici beaucoup de bien d'un livre que nous avons lu avec un vif intérêt, et que nous nous promettons de relire et de consulter souvent avec fruit. — H. Hallopeau.

©BIU Santé

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DÉCLARATION DES CAS DE VARIOLE ET LE SECRET PROFESSIONNEL DEVANT LA MAIRIE ET LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

Dans un temps où le secret professionnel donne lieu à des discussions multiples et à des conclusions parfois contradictoires quand il s'agit des rapports du médecin avec les autorités, la résolution suivante de la Société nationale de médecine de Lyon présente un réel intérêt pratique.

Le maire de Lyon a voulu, avant de prendre des mesures contre la propagation de la variole, connaître l'opinion du corps médical de la ville qu'il administre, par l'intermédiaire de son organe le plus autorisé, la Société nationale de médecine de Lyon. Rien de plus correct. Il avait donc demandé à ce corps savant de répondre aux deux questions suivantes : 1° La déclaration des cas de variole survenus dans une commune est-elle une mesure utile et nécessaire pour arrêter les progrès de l'épidémie ? 2° Cette déclaration demandée au médecin traitant est-elle contraire au devoir professionnel ?

La Société de médecine de Lyon estime que la déclaration des cas de variole est urgente dans les localités en imminence ou en puissance de cette maladie épidémique. En outre, elle ne considère pas cette déclaration comme « contraire au devoir professionnel, à condition que la déclaration indiquera seulement le nom de la rue et le numéro de la maison contaminée, mais ne nommera pas le malade. »

Ces résolutions ont été adoptées après la lecture d'un mémoire dans lequel M. Garin, conseil judiciaire de la Société, démontrait par une argumentation pleine de bon sens, que « les tribunaux ne suivront peut-être pas les errements de la dernière et rigoureuse jurisprudence de la Cour de Paris » et que le médecin peut concilier « son devoir de citoyen respectueux de l'autorité » avec un juste souci de la santé publique. — Ch. E.

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1886.

Depuis dix jours, l'épidémie paraît s'atténuer à Venise. De 40, 30 et 21 cas, nombres auxquels la morbidité cholérique s'était élevée quotidiennement au commencement du mois, les invasions descendent, en effet, à 11, 15 et 8 pour chaque jour, depuis le 11 juin. En même temps, et proportionnellement, on note une décroissance de la mortalité parmi les cas nouveaux.

D'après les documents que nous avons sous les yeux, la même atténuation existerait à Oria, où, depuis le 8 juin, on n'a signalé aucun cas suspect. Par contre, vers la même époque, on constatait, à Florence, 4 cholériques, dont 1 a succombé pendant les journées des 4 au 6 juin. La contamination de ces malades a été attribuée à des objets provenant du foyer cholérique vénitien.

En résumé, et autant qu'on peut juger d'après des informations officielles, fort incomplètes sans doute, le littoral septentrional de l'Italie sur la mer Adriatique subirait moins cruellement l'épidémie. Pendant la période écoulée du 2 au 20 juin, le nombre des décès était de 152 à Venise, de 23 à Bari et de 2 à Oria. Le mouvement de la morbidité s'élevait en même temps à 206 cas dans la première ville, à 35 dans la seconde et à 5 dans la troisième.

Cette décroissance de l'épidémie serait-elle durable et définitive ? Pour un jour, on put l'espérer; cependant, si la situation s'améliore sur le littoral, la maladie vient de contaminer une nouvelle province. C'est ainsi que, le 19, on signalait 16 cas à Cortigoro, dans la province de Ferrare.

A titre de document rétrospectif, signalons encore l'enregistrement de 134 décès cholériques à Calcutta pendant le mois de mars de l'an dernier. — C. L. D.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Porte d'entrée de l'ostéomyélite. — Gangrène des extrémités avec rétraction lente et progressive du système artériel. — De l'extirpation des tumeurs du pharynx. — Double opération de bec-de-lièvre double, pratiquée avec succès à deux ans d'intervalle. — Présentation de malades : Fracture de la rotule; ablation des ovaires et des trompes. — Présentation de pièce pathologique : Fracture du crâne avec épanchement sanguin considérable n'ayant été révélé, pendant la vie, par aucun des signes habituels.

M. Verneuil, à l'occasion du procès-verbal et de la communication de M. Lannelongue relative à l'étiologie de l'ostéomyélite, cite des observations qui lui paraissent venir à l'appui de l'opinion émise par son collègue. Il a vu des malades qui, sans antécédents héréditaires, et se trouvant, du moins en apparence, dans les meilleures conditions de santé, ont présenté, à la suite d'un panaris ou d'un anthrax, des manifestations plus ou moins graves d'ostéomyélite dont l'évolution s'est faite, dès lors, d'une manière régulière. M. Verneuil estime que dans l'état d'obscurité qui règne encore sur l'étiologie de l'ostéomyélite, on ne saurait trop s'attacher à rechercher les antécédents des malades au point de vue où s'est placé M. Lannelongue.

M. Le Dentu communique un fait analogue à celui du malade présenté dans la dernière séance par M. Terrillon et chez lequel, après l'amputation de la jambe pour une gangrène du pied, on avait constaté à l'autopsie du membre l'absence de toute lésion athéromateuse des vaisseaux, mais, en revanche, une diminution très considérable du calibre des artères tibiale postérieure et péronière.

Le malade de M. Le Dentu avait en 1884 un ulcère gangréneux du pied gauche qui avait nécessité l'amputation de la jambe. L'opération fut suivie de gangrène du moignon.

L'année suivante des accidents du même genre se produisirent du côté droit et se terminèrent par des eschares à évolution extrêmement lente des doigts de la main avec chute des ongles. Le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu.

Lorsqu'on voulait, chez cette homme, examiner l'état du pouls, on constatait l'absence des pulsations de la radiale des deux côtés ; les battements de la cubitale étaient perçus, mais faiblement ; il en était de même de ceux de l'axillaire, de l'humérale, de la crurale, etc. Il sembla à M. Le Dentu qu'il existait un bruit de souffle au cœur, mais M. Hallopeau, son collègue à l'hôpital Saint-Louis, ne retrouva pas ce signe à l'auscultation.

En examinant de nouveau le malade avec le plus grand soin, à la suite de la communication de M. Terrillon, M. Le Dentu a constaté de rechef l'absence des battements aux deux radiales ; ceux des cubitales, encore perceptibles, étaient sensiblement plus faibles que lors du premier examen datant de trois mois ; ceux des crurales avaient à peine la force des pulsations d'une radiale ordinaire et même moins. Les battements du cœur lui parurent également affaiblis. On ne constatait nettement aucun bruit de souffle dans la région cardiaque, si ce n'est par intermittence, lorsque le malade, devenu d'une excitabilité nerveuse extrême, était en proie à quelque émotion.

De toutes ces constatations, M. Le Dentu croit pouvoir conclure qu'il s'agit ici d'une rétraction générale, graduelle et lente de tout le système artériel. Or, il n'existe dans la science aucun exemple d'une semblable affection.

Dans son remarquable travail sur la gangrène symétrique des extrémités, Maurice Raynaud parle d'un spasme intermittent des artères, mais il n'y est pas du tout question d'une rétraction graduelle et lente de tout le système artériel.

M. Le Dentu s'est demandé s'il n'y avait pas sous ces phénomènes quelque lésion du système nerveux. Pour s'éclairer sur ce point il a eu recours aux lumières spéciales de M. Alfred Fournier, son collègue à l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu examiner le

©BIU Santé

malade avec lui. Mais l'examen le plus attentif n'a pas permis de découvrir le moindre symptôme préataxique bien nettement déterminé. On n'a trouvé ni albumine ni sucre dans les urines, aucun signe de tabes au début, sauf quelques légers troubles de la vue imputables à de l'anémie rétinienne. Il y a donc là un fait nouveau qui méritait d'être mis en lumière.

M. Terrillon rappelle que dans le cas du malade qu'il a présenté mercredi dernier à la Société de chirurgie, il y avait, outre la diminution du calibre des artères de la jambe, des douleurs extrêmement violentes accompagnant les ulcérations gangréneuses et qui empêchaient le malade de dormir. C'est en vue de faire cesser de telles douleurs rebelles à tous les calmants que M. Terrillon s'est décidé à pratiquer l'amputation de la jambe, et le but a été complètement atteint. Mais ce qu'il y avait de particulier dans l'observation de ce malade, c'était le phénomène de la claudication intermittente, si bien étudié par M. Charcot. Cet observateur a vu, d'ailleurs, un certain nombre de cas de claudication intermittente sans gangrène et avec rétraction artérielle bien caractérisée.

M. Lannelongue dit qu'il apportera dans la prochaine séance une observation très curieuse, avec pièce à l'appui, relative à un mal de Pott compliqué de rétrécissement général du système artériel. L'aorte, au-dessous de la gibbosité, a perdu près du tiers de son calibre normal. Du vivant du malade on avait pu constater des troubles considérables dans la circulation du membre inférieur caractérisés par de l'œdème, des plaques congestives et autres désordres trophiques. Un bruit de souffle existait à l'aorte, au-dessous de la gibbosité, au niveau du rétrécissement du calibre de ce vaisseau.

M. Verneuil, à propos d'une opération d'extirpation de tumeur du pharynx qu'il a pratiquée au mois de février dernier, croit devoir remettre sur le tapis la question du manuel opératoire portée déjà devant la Société de chirurgie par M. Charles Monod.

Ce dernier, dans sa communication, après avoir rappelé l'extrême gravité de ces opérations, a déclaré que dans son opinion, conforme, d'ailleurs, à celle de plusieurs autres chirurgiens, il fallait attribuer cette gravité à des complications d'origine infectieuse : pleurésies, pneumonies, broncho-pneumonies dues à la pénétration dans les voies respiratoires jusque dans les vésicules pulmonaires des matières septiques, produites par l'altération au contact de l'air, des liquides sécrétés par la plaie de l'opération. En conséquence, il proposait, dans les opérations de ce genre, de pratiquer la trachéotomie préventive afin de permettre ainsi d'intercepter toute communication entre le champ opératoire et les voies aériennes, au moyen d'un tampon de gaze iodoformée appliqué sur l'ouverture supérieure du larynx, la fonction respiratoire pouvant s'exécuter par la canule introduite dans la trachée pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie de l'opération.

M. Verneuil déclare qu'il ne saurait adopter cette manière de voir. Sans méconnaître l'existence ni la gravité des complications pulmonaires qui accompagnent si souvent les opérations pratiquées pendant la période cachectique des néoplasmes, il ne croit pas que ce complications soient dues à l'infection par les voies pulmonaires. D'une part, en effet, on voit des malades atteints de tumeurs putrides de l'arrière-gorge et qui vivent pendant des années dans cette putridité sans présenter ces complications; d'autre part, M. Verneuil a montré, dès ses débuts dans la carrière chirurgicale, à une époque où il n'était nullement question d'antisepsie, la faible mortalité des ablations du maxillaire supérieur, opération à la suite de laquelle les malades étaient exposés cependant à la pénétration des produits septiques à travers les voies respiratoires. Cette faible mortalité des extirpations du maxillaire supérieur, comparée à la mortalité considérable des résections du maxillaire inférieur, a conduit M. Verneuil à penser que l'infection septicémique se faisait moins par les voies respiratoires que par l'intermédiaire du tissu conjonctif enflammé, suppuré et imprégné de liquides putrides.

Dès lors, à quoi bon la trachéotomie préventive, opération qui n'est certainement pas sans gravité, et pourquoi condamner le patient au supplice du tamponnement prolongé de l'arrière-gorge et des voies respiratoires?

M. Verneuil pense que l'on peut atteindre à moins de frais le but que l'on se propose

©IU Santé

rendre la plaie aseptique. Pour cela, il suffit de rendre le champ opératoire largement accessible et de l'étaler, pour ainsi dire, sous les yeux du chirurgien. C'est ce qu'il a réalisé dans une opération qu'il a pratiquée, le 8 février dernier, sur un individu atteint d'adéno-myxome du pharynx implanté sur l'apophyse basilaire et la paroi latérale droite du pharynx.

Dans une première opération, et pour se rendre bien compte du volume et du siège de la tumeur, M. Verneuil, après avoir soumis le malade à un essai d'anesthésie locale à l'aide de pulvérisations avec la solution de cocaïne à 1/50e, fit l'incision du voile du palais au moyen du thermo-cautère. Ce débridement permet de constater la présence d'une masse noirâtre et mollasse implantée sur la partie latérale du pharynx et se continuant jusqu'à l'apophyse basilaire.

Quelques fragments de cette tumeur, examinés au microscope par M. Nepveu, présentaient les caractères de l'adéno-myxome.

M. Verneuil se décida, quelques jours après, à pratiquer l'extirpation radicale de la tumeur pharyngienne.

Le malade ayant été endormi par le chloroforme, M. Verneuil fait une incision partant de la commissure labiale droite, descendant vers le bord inférieur de la mâchoire et suivant ce bord jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. Il dissèque ensuite, avec le thermo-cautère, le lambeau ainsi circonscrit, sans ouvrir tout d'abord la cavité buccale. La muqueuse de la bouche est ensuite incisée par le même procédé; la moitié droite du voile du palais est réséquée et l'on sectionne avec la scie le maxillaire inférieur au niveau de la gouttière de l'artère faciale.

La tumeur, facilement accessible et visible, est alors saisie avec des pinces de Museux et attiré par en bas, puis détachée de l'apophyse basilaire avec les doigts et la rugine mousse.

On pratique ensuite la résection de la paroi latérale droite du pharynx; avant de pratiquer cette résection, la pharyngienne inférieure d'un calibre relativement considérable est saisie et coupée entre deux ligatures.

L'opération n'a donné lieu qu'à un très minime écoulement sanguin. On place un tampon de gaze iodoformée sur l'apophyse basilaire.

La plaie n'est point réunie. Elle est pansée avec la gaze ordinaire trempée dans une solution phéniquée au quarantième.

Le soir de l'opération, pulvérisation phéniquée d'une heure sur la plaie largement ouverte.

Les jours suivants la température oscille en 36° et 38° sans dépasser jamais ce dernier chiffre.

La plaie n'a cessé d'être fort belle depuis le jour de l'opération, grâce à des lavages fréquents et des pulvérisations phéniquées deux fois par jour.

Le malade était parvenu à s'alimenter sans l'emploi de la sonde. Malheureusement très affaibli, en proie à un découragement insurmontable, ne voulant pas accepter une alimentation suffisante, il a fini par succomber deux mois après l'opération.

A l'autopsie, on a trouvé le poumon gauche atteint de broncho-pneumonie dans toute son étendue; il y avait dans la plèvre du même côté un épanchement séro-purulent d'un demi-litre environ, avec des adhérences récentes. Congestion légère dans le poumon droit. Absence de tubercules dans les viscères. Pas de tissu morbide dans la plaie opératoire non plus que dans la portion supérieure du pharynx et le voile du palais.

Le doigt promené sur la face inférieure de l'apophyse basilaire permet de constater la dénudation de cette apophyse qui n'était point infiltrée par l'épithélioma. Sur la face supérieure du corps du sphénoïde, dans la selle turcique, existe un trou fait comme à l'emporte pièce et large comme une lentille. Une sonde de trousse ordinaire introduite par cet orifice conduit dans un court trajet oblique en bas et en arrière, traversant l'apophyse basilaire et venant s'ouvrir sur sa face inférieure. Le cerveau et les méninges étaient partout à l'état normal.

M. Verneuil conclut en disant que, dans les opérations d'extirpation des tumeurs du pharynx, il faut toujours aborder largement le néoplasme, laisser une porte ouverte

pour faire l'antisepsie dans toute sa rigueur, puis exercer sur les points d'origine du mal une surveillance extrême.

M. Tillaux fait remarquer qu'il est anormal de voir un adéno-myxome du pharynx détruire la base du crâne.

M. Monod communiquera dans la prochaine séance les documents qu'il s'est occupé de recueillir sur cette question depuis qu'il l'a portée devant la Société de chirurgie.

— M. de Valcourt communique la relation d'une double opération de bec-de-lièvre double pratiquée avec succès à deux ans de distance par un procédé particulier. (Comm. MM. Marc Sée et Richelot, rapporteur.)

— M. Terrillon présente une malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation des ovaires et des trompes pour des accidents métrorrhagiques très graves accompagnés de crises hystériques et de douleurs intolérables. Hémorrhagies, crises et douleurs ont cessé complètement depuis l'opération pratiquée le 1er mai dernier avec le concours de MM. Charles Monod et Schwartz.

— M. Delorme met sous les yeux de la Société de chirurgie une pièce pathologique relative à une fracture du crâne dans la région temporale droite. Cette fracture était accompagnée d'un épanchement considérable de sang, lequel n'a donné lieu à aucun trouble de la motilité, ni de la sensibilité, ni de l'intelligence. Le malade s'est éteint soixante heures après l'accident, sans avoir présenté d'autre phénomène qu'un peu d'élévation de la température et une légère dilatation de la pupille. — A. T.

COURRIER

Aujourd'hui mardi 22 juin, à huit heures un quart du soir, M. le professeur Grancher fera une conférence sur les virus et vaccins à l'Exposition d'hygiène urbaine (caserne Lobau).

— Par arrêté préfectoral, en date du 14 juin 1886, M. le docteur Williomenet est nommé médecin suppléant de la préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Delaporte, nommé médecin titulaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Séverin Caussé, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, président de l'Association des médecins de l'arrondissement d'Albi, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, décédé à Albi, le 15 juin 1886, dans sa 83e année.

La variole en Europe. — Après une durée de dix mois, l'épidémie de variole qui sévit à Marseille a encore fourni dans le mois d'avril 325 décès, dont 173 sur des enfants.

Les ports de mer en relations fréquentes avec cette ville sont envahis par le fléau. Ainsi à Alger 13 décès en février, à Gênes 42, à Buenos-Ayres 179 en janvier et 42 en février.

D'ailleurs, si l'on jette un coup d'œil sur la statistique comparée publiée chaque semaine par M. le docteur Janssens, de Bruxelles, on constate que la variole fait peu ou pas de victimes dans les États où la vaccination est obligatoire ; ainsi dans la dernière semaine de mai, 14 villes anglaises comptant 8 millions d'habitants n'ont fourni aucun décès par variole ; même observation pour 24 villes allemandes ayant une population de 4 millions d'habitants.

Au contraire, en Autriche, en Italie et en France, la plupart des villes qui publient leur état sanitaire, enregistrent chaque semaine un nombre plus ou moins considérable de décès. — Inutile d'ajouter que dans ces pays la vaccination est facultative.

(*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

©BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : Du frottement périhépatique. — II. Lettres de Suisse et d'Allemagne. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Promenades au Salon. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Du frottement périhépatique.

I

L'étude de l'auscultation abdominale ne saurait être, par la nature des choses, aussi fructueuse pour la symptomatologie que l'a été l'auscultation thoracique; on peut se demander, toutefois, si la réelle pauvreté de ce chapitre de séméiologie est bien un résultat de l'insuffisance du sujet plutôt que de l'absence de méthode et de conviction des recherches portées dans cette direction. Toujours est-il que l'auscultation de l'abdomen attend encore son Laënnec.

Laënnec même n'avait pas été néanmoins sans aborder la question et y laisser son empreinte par la découverte du bruit de frottement péritonéal, qui lui est attribuée sans réserve par Piorry, et sur lequel Desprès, Beatty, Bright, Ballard, Corrigan, Robert Spital, J. Kyll, Gerhardt, etc., ont exercé tour à tour leur sagacité.

La plupart de ces précédents sont cependant méconnus par l'auteur d'un récent et intéressant mémoire sur ce sujet, le professeur Erb. Si on s'explique jusqu'à un certain point l'oubli, dans une bibliographie un peu écourtée, des noms français de Laënnec, Piorry, Desprès, le silence autour des noms anglais de Corrigan, Bright, R. Spital, et surtout l'omission du mémoire de Kyll (de Cologne), indiquent bien que nous ne nous trouvons pas en face d'une ignorance de parti pris et nous oblige à passer condamnation.

Erb fit donc une première communication, l'an dernier, au Congrès des naturalistes allemands de Strasbourg, sur un bruit de frottement péritonéal, périhépatique, à propos de trois observations personnelles des plus

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON (1)

V

Remontons au premier étage où s'étalent, dans des cadres variés, une foule de femmes nues sous les plus futiles prétextes, et, même sans aucun prétexte. Une de celles qui attirent le plus l'attention est désignée au livret par le mot : « Eveil ». Est-ce donc l'usage, dans le monde élégant, de se coucher et de dormir sans le moindre voile ? La jeune femme qui s'éveille ainsi et qui, pour s'habiller, n'aura besoin de changer de rien, est environné d'accessoires luxueux, et ses cheveux sont embroussaillés à la dernière mode. Peut-être en est-il ainsi parmi les horizontales, et nous sommes tout disposé à croire M. Carolus Duran sur parole. Ce qui attire l'attention, c'est d'abord que la poitrine et le ventre de « l'Éveillée » sont admirablement peints ; c'est ensuite que l'artiste a eu la hardiesse, heureusement rare, de rendre apparent certain détail un peu trop naturaliste. Voilà où vous entraînent les mauvaises lectures. Fallait-il donc absolument que la peinture eût aussi sa Nana ? C'est fait. Eh bien, par grâce, ne recommençons plus.

Après les femmes nues, ce sont les « Salomés » qui abondent. Il n'est, croyons-nous,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13, 23, 27 mai et 17 juin 1886.

©BIU Santé

concluantes; aujourd'hui, en possession de deux nouveaux faits, il revient sur cette même question, en étendant et précisant ses conclusions, dans un article de journal que nous devons porter à la connaissance de nos lecteurs (1).

II

Il s'agit, dans les trois premiers cas, de malades atteints de péritonite chronique exsudative subaiguë avec ascite volumineuse chez lesquels le diagnostic restait entouré de certaines difficultés.

Le premier sujet, âgé de 25 ans, comptant des phthisiques dans sa famille, mais sans antécédents personnels particuliers, est tombé malade il y a quelques mois, à la suite d'un refroidissement. Il a maigri, perdu ses forces, digère mal, et a fréquemment un peu de fièvre; il se plaint surtout de l'augmentation de volume du ventre. L'abdomen est, en effet, très développé, tendu, contient une grande quantité de liquide; le foie est volumineux, sensible à la pression; quelques traces de pleurésie aux deux bases du poumon ou en arrière; de la toux sans bacilles dans l'expectoration; quantité d'urine un peu diminuée, sans albumine.

Quelques jours après l'entrée, on perçoit à l'auscultation et à la percussion, en arrière et à droite, entre la dixième côte et la crête iliaque, entre le rachis et la ligne axillaire, un bruit de frottement dont le malade a lui-même conscience en même temps qu'il ressent quelques douleurs à ce niveau. Au-dessus, on entend la respiration parfaitement normale. Au bout de quelques jours succède au frottement un bruit de cuir neuf qui gagne en avant la région du foie. Puis ce bruit diminue peu à peu et disparaît, en même temps que se réduit la matité hépatique, que la fièvre cesse et que l'abdomen reprend ses dimensions normales en révélant quelques inégalités à la palpation. — Dans les mois qui suivirent, alternatives en bien et en mal résultant de la présence d'un épanchement pleurétique à droite,

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1886, 5.

pas une seule salle qui n'en contienne au moins une; quelques-unes en contiennent plusieurs; c'est trop. Nous avons peine à comprendre la prédilection des peintres pour un aussi triste sujet. Est-ce simplement la recherche du contraste entre une tête coupée et une jeune danseuse? Est-ce le besoin de stigmatiser la férocité dont fait preuve la femme dans certaines circonstances, ou de flétrir l'indifférente faiblesse qui rend cruels les Antipas de tous les temps? Ou bien les artistes ne voient-ils là qu'un thème banal sur lequel ils peuvent essayer les variations que leur inspire la fantaisie? Il y a deux ou trois ans, on comptait au Salon une trentaine de Tentations de saint Antoine. Aujourd'hui, nous n'en voyons plus. Ce sont les Salomés qui font prime. Demain ce sera autre chose. *E sempre bene.* Malgré les Salomés, ou, si l'on veut, à cause d'elles, si librement et si différemment interprétées, on peut dire que la peinture religieuse n'existe plus. Quant à la peinture, dite historique, elle est représentée cette année par quelques grandes toiles d'un incontestable mérite. En première ligne, nous plaçons « la Mort de l'évêque Prœtextatus » par M. Ernest Bordes. La scène est bien disposée. Le vieil évêque qui porte au côté gauche de la poitrine une plaie béante, se soulève avec une énergie superbe en voyant s'avancer près de son lit l'impitoyable Frédégonde, la tête haute et les paupières méchamment baissées; de ses mains crispées, il lance une suprême imprécation qui n'émeut guère celle qui a dirigé le bras trop sûr des assassins. Rien de plus dramatique que l'opposition de la colère furieuse de la victime, et de la froideur impassible de la reine meurtrière; et, cependant les deux diacres qui assistent le blessé regardent ce spectacle terrible avec une expression de curiosité assez tranquille. Pour

© BIU Santé

puis d'une sciatique du même côté; en même temps, augmentation de volume du foie, sans symptômes abdominaux cependant; au moment de la sortie, amélioration générale notable.

Le second malade, âgé de 27 ans, sans antécédents héréditaires, ayant eu « des glandes » étant enfant, non syphilitique, présente depuis quelque temps des troubles cardiaques, pulmonaires et abdominaux. On trouve, à l'entrée, la matité cardiaque augmentée; le choc de la pointe n'est pas perçu, les bruits sont purs, mais faibles; abdomen tendu; ascite; foie développé; rate de même; poumons normaux. Quelques jours après, et pendant une semaine, on entend en arrière, au-dessous de la limite du poumon droit jusqu'au delà de la douzième côte, et s'étendant en avant jusqu'à la ligne axillaire, un bruit de frottement sec, éclatant, qui, d'abord très fort, diminue peu à peu, puis disparaît. Rien dans la plèvre correspondante, ou un frottement insignifiant qu'on retrouve, en revanche, à gauche beaucoup plus appréciable. La région du foie est sensible à la pression.

Sorti amélioré, puis rentré à la suite d'une aggravation de son état, ce malade subit plusieurs ponctions abdominales dont l'une, la dernière, évacue un liquide hémorrhagique, puis présente des phénomènes de péritonite et meurt dans l'épuisement.

L'autopsie révèle les lésions suivantes : Péritonite et périhépatite chronique adhésive; péritonite hémorrhagique aiguë; péricardite adhésive chronique; hydrothorax à droite, sans pleurite, c'est-à-dire sans aucune trace de fausse membrane ou d'adhérences; foie congestionné avec hépatite interstitielle. Tandis que le poumon droit est parfaitement libre, le poumon gauche présente de nombreuses adhérences à la base comme au sommet.

La troisième observation concerne une femme de 36 ans dont le père et le mari sont morts phthisiques. Elle a eu tout récemment une pleurésie exsudative du côté gauche, qui a complètement guéri. Puis son ventre a commencé à grossir et à devenir douloureux; elle a éprouvé de la dysmé-

---

tout le reste, on ne peut donner que des éloges à la composition vigoureusement conçue et exécutée de cette page d'histoire.

Le « Justinien » de M. Benjamin Constant est, à coup sûr, fort remarquable au point de vue de la facture ; les étoffes ont un chatoiement admirable. Il n'est guère possible de pousser plus avant l'habileté, la science et la sûreté du métier, mais les figures du tableau sont traitées comme de simples accessoires ; elle ne remuent ni ne vivent. C'est une tapisserie, — étonnante — bien plus qu'un tableau.

Dans la « Judith » du même auteur (Judith, comme Salomé, est un des thèmes favoris des peintres d'aujourd'hui qui décidément ont un faible pour les coupeuses de têtes), dans la Judith de M. Benjamin Constant, nous retrouvons le type d'une jeune femme à menton saillant qu'il nous a déjà montré. Nous y retrouvons aussi le même tour de force, brillamment exécuté, du mariage des tons lilas avec les tons jaunes. Ici encore nous avons l'impression d'un morceau de tenture qu'on aurait encadré.

« La remise du corps du général Guilhem à l'état-major français aux avant-postes sous Paris, le 8 septembre 1870 », est une composition qui dénote chez M. Louis Gardette un vif sentiment de la mise en scène et de la grandeur.

Nous n'aimons pas beaucoup le tableau de M. Jean-Paul Laurens « Le Grand Inquisiteur chez les rois catholiques ». Ferdinand et Isabelle, assis sur un banc au-dessous d'une lucarne à barreaux, ont l'air d'un muletier et de sa femme mis en prison pour quelque méfait. Ce robuste campagnard et cette femme si simple ne donnent point

©BIU Santé

norrhée, de la constipation; la quantité des urines a diminué; il n'y a eu ni ictère, ni œdème des jambes. Au moment de l'entrée à l'hôpital, on trouve l'abdomen très tendu, douloureux; il existe de l'ascite; le foie ne paraît pas augmenté de volume; rien au cœur ni au poumon; un peu de fièvre; pas d'albumine dans les urines. Trois jours après, frottement très net, qui s'accentue encore les jours suivants, au-dessous de la limite inférieure du poumon droit en arrière, et s'étend quelquefois en avant. Manifestement lié aux mouvements de la respiration, il correspond exactement à la matité hépatique, qui est parfaitement délimitée. Immédiatement au-dessus, c'est-à-dire au niveau du poumon, murmure vésiculaire très pur, sans râles ni frottements.

Après une ponction, la palpation fait percevoir à la région ombilicale des inégalités qui paraissent se rattacher à l'épiploon. Le frottement est encore plus manifeste et plus étendu qu'auparavant; la malade accuse une douleur aiguë, lancinante à ce niveau. Puis, quelques jours plus tard, on ne l'entend plus, la fièvre cesse; les urines augmentent en même temps que le ventre diminue et que l'ascite disparaît. L'état général se relève; la malade augmente de poids et quitte l'hôpital, considérée comme guérie, six semaines après l'entrée.

III

Voilà donc trois observations dans lesquelles les caractères et la localisation du bruit anormal, les conditions de son apparition et de sa disparition sont absolument comparables; les malades en ont généralement conscience; la palpation le fait facilement reconnaître, bien que, à l'encontre de l'opinion de Gerhardt et de Terfloth, l'auscultation le décèle bien mieux avec toutes ses nuances de délicatesse ou d'intensité. Arrivant en scène à un moment quelconque, indéterminé, de la maladie, ce bruit atteint rapidement son maximum de développement, persiste une ou plusieurs semaines, et disparaît peu à peu.

Dans les trois cas, il s'agissait d'une péritonite exsudative subaiguë ou

---

l'idée d'un roi et d'une reine d'Espagne. Torquemada est trop enrhumé du cerveau. L'artiste nous dédommagera l'année prochaine.

Ne nous arrêtons pas longtemps devant les « Recherches sur la trichine » par M. Stanislas Torrents, malgré les qualités exceptionnelles de facture qui recommandent cette toile; l'auteur a trop spéculé sur l'ignominie du sujet pour attirer notre attention. Lorsqu'on veut prouver simplement qu'on est peintre, il n'est pas nécessaire de faire de si violents efforts. On prend l'objet le plus insignifiant, et le plus banal; puis on le brosse de son mieux. Les « Poteries » de M. Vollon sont un chef-d'œuvre en ce genre.

Nous retrouvons, en passant, le portrait d'un médecin qui avait échappé à notre première revue : celui de M. le Dr B. (?) par M. Schreiber. M. le Dr B. a posé debout, les bras ballants, la main droite (plus mince que l'autre), appuyée sur un coin de table. Il est brun, gros, dur et porte un pince-nez. La tête prend beaucoup de relief, quand on se place à la distance voulue.

Sous le titre de : « Un Premier Né », M. Baugniet nous présente une jeune accouchée entourée de plusieurs personnes dont toutes les mains sont molles et assez mal dessinées. Il faut se remettre à l'étude. Espérons que le second enfant viendra au monde dans de meilleures mains.

M. Jean Béraud obtient, avec « La Salle des filles au Dépôt », le même succès, et tout aussi légitime que celui que lui a valu, en 1884, « La Salle Graffard ». C'est charmant de détails et de fines observations.

©BIU Santé

chronique; c'est bien ce que l'autopsie a montré dans l'un d'eux, et la symptomatologie ne laissait pour les autres aucun doute à cet égard.

A la vérité, il existait une complication : de la pleurite à gauche dans les trois observations; de plus, le malade n° 2 eut postérieurement une pleurite droite, et chez le même sujet, probablement aussi chez le n° 1, il y avait de la péricardite adhésive et des troubles cardiaques avec lésions hépatiques consécutives. Pourrait-on, à la rigueur, penser à des bruits propagés du diverticulum costophrénique de la plèvre qui descend très bas? La localisation du frottement, depuis la limite inférieure de la sonorité pulmonaire jusqu'à la crête iliaque, son épanouissement comparé au rayon étroit des bruits de propagation, et surtout l'absence de tout symptôme pulmonaire opposée à l'évidence des lésions abdominales, permettent de rejeter absolument cette hypothèse. Erb a bien failli, il est vrai, prendre le change à l'interprétation d'un bruit de frottement de la région hépatique qui reconnaissait pour cause, en réalité, un lympho-sarcome du poumon ayant refoulé en bas le diaphragme et le foie. Mais l'histoire clinique entière de ces malades proteste contre une telle assimilation, et d'ailleurs il y a ici des résultats indiscutables d'autopsie.

(*A suivre.*) R. LONGUET.

Lettres de Suisse et d'Allemagne

Berne, le 11 juin 1886.

La question du service militaire pour les étudiants en médecine paraissant être chez vous à l'ordre du jour, j'en profiterai pour exposer aujourd'hui à vos lecteurs la manière dont nous passons, en Suisse, notre service militaire.

Chaque citoyen reconnu apte au service est obligé de suivre « ses écoles militaires ». Les étudiants en médecine ne font exception qu'à un seul point de vue, c'est qu'ils doivent avoir fait leur première école (de recrues) avant leur examen d'Etat. Les études médicales ne leur permettent pas de faire leur service chaque année comme les autres

---

« La Crèche aux Enfants-Trouvés », par M. Edouard Gelhay, est un bon tableau dans lequel la lumière se distribue de la façon la plus harmonieuse, malgré l'énorme empâtement blanc des carreaux de la fenêtre. Les accessoires sont bien peints; le grand tableau accroché à l'un des murs est d'un ton excellent. L'exécution des figures laisse à désirer; pour beaucoup de marmots, les mains ne sont pas même indiquées. Malgré ces insuffisances, le tableau, nous le répétons, est bon et des plus intéressants.

Il est regrettable que « La gardeuse d'enfants en Normandie », par M. Haag, soit mollement peinte et mollement éclairée par un jour de convention. Le sujet en lui-même appellerait des réflexions de plus d'une sorte. Chaque poupon, à l'exception de celui qu'une jeune femme tient sur ses genoux, est placé debout dans un récipient qui ressemble à une énorme cafetière en grosse paille tressée ou en jonc. Il est à désirer qu'on les verse par terre de temps en temps et qu'on leur permette, débarrassés de leur maillot, de se traîner comme ils peuvent, et de gigoter à leur aise. Mais il n'est pas sûr qu'on y pense.

« L'Ambulance dans une ferme », par M. Grateyrolle, d'une exécution faible et d'un ton uniformément terne, nous montre un cuirassier blessé, recevant avec indifférence les soins d'une villageoise qui lui panse la jambe sans enthousiasme. Il y a, dans cette peinture, de bons morceaux : ainsi, le bras nu du soldat, qui tombe droit, est très bien, ainsi que la main. Le tableau, dans son ensemble, pourrait donc être meilleur.

« Le paysan blessé », de M. André Brouillet, est plus largement et plus hardiment

©BIU Santé

citoyens; par contre, ils en font d'autant plus après leur examen. A partir de ce moment, ils font chaque année une école qui, en moyenne, dure trois semaines. Chaque médecin pratiquant son art est donc tenu à faire régulièrement son service; ne font exception à cette règle que les professeurs ou les chefs de services chirurgicaux ou médicaux importants.

Après avoir fait successivement son service militaire dans les différents corps de troupes (il commence généralement par être médecin d'un bataillon d'infanterie et ne passe que plus tard aux armes spéciales), le médecin suisse est appelé à ce que nous désignons ici « un cours de répétition d'opérations »; c'est-à-dire qu'au lieu de faire son service avec la troupe dans laquelle il est réparti, il se trouve réuni à un certain nombre de collègues qui, tous ensemble, vont suivre un cours de répétition durant généralement quinze jours; ils y suivent la clinique de chirurgie, les cours de médecine opératoire et de chirurgie de guerre, celui de bandages et pansements, et enfin celui d'ophthalmologie. Les participants du cours ont le grade de capitaine et sont sous le commandement d'un médecin-major qui commande l'école, fait la distribution de l'enseignement, etc. Ces cours de répétition ne peuvent se faire que dans nos centres universitaires, c'est-à-dire à Bâle, Zurich, Berne, et aussi, depuis 1881, à Genève; ils représentent une courte répétition des études universitaires jusqu'à une certaine limite, et sont presque toujours fréquentés avec autant de plaisir que de profit. Car le médecin, qui est occupé du matin au soir à suivre sa clientèle, n'est pas à même de se tenir au courant des progrès de son art; un ordre militaire, par contre, l'oblige d'interrompre ses occupations et d'aller voir à l'Université tout ce qui s'y est passé depuis le temps où lui-même étudiait. Il en rapporte toujours une certaine quantité de connaissances, dont il saura profiter non seulement dans sa carrière militaire, mais aussi dans sa clientèle privée.

Des différentes branches d'enseignement, la chirurgie est naturellement la principale, car c'est elle qui serait mise surtout à contribution en cas de danger. Le cours de chirurgie est fait généralement par le professeur de la clinique chirurgicale : à Bâle, par M. Socin; à Berne, par M. Kocher; à Zurich, par M. Kroulein, et à Genève, par M. Julliard. A côté de la clinique chirurgicale, les participants de l'école entendent encore des cours de chirurgie opératoire, de chirurgie de guerre et de pansements. Ces cours sont faits soit par des professeurs agrégés, soit par des assistants de clinique. A côté de la chirurgie, nous trouvons encore quelques heures réservées à l'ophthalmologie; elles sont surtout consacrées aux anomalies de la réfraction et de l'accommodation, à l'étude de

---

traité. Les expressions de tous les personnages sont justes, bien observées et bien rendues. Les deux gamins du premier plan, à droite, sont tout à fait naturels.

Encore un portrait oublié. Il s'agit également d'un docteur B... (?), décoré. La tête est seule; elle est largement peinte et d'une bonne couleur. Nous le préférons à la « Diane au bain », du même auteur, M. Jules Ferry (de Bordeaux), qui n'a probablement rien de commun avec le ministre si injustement renversé.

Puisque nous avons souvent parlé des mains, on nous permettra de citer deux portraits qui justifient notre insistance à cet égard en faisant comprendre quelle valeur exceptionnelle peut donner à une œuvre d'art cette partie de la figure humaine lorsqu'elle est rendue avec le soin respectueux qui lui est dû. Qu'on veuille bien regarder attentivement les portraits, — excellents d'ailleurs, — de M. H. Meilhac et de Mme XX., par M. Elie Delaunay, et l'on sera convaincu de ce que nous avançons.

La peinture religieuse, avons-nous dit, est absente du Salon cette année. Cela n'est pas tout à fait exact. Elle y est rare; elle y est inaperçue. Il est difficile, cependant, de ne pas voir « Le Baptême par immersion, — épisode de la vie de saint Firmin », qu'a envoyé M. Garnier. La toile est énorme. Nous doutons, toutefois, qu'elle puisse trouver place dans une cathédrale. L'innombrable multitude de personnages entièrement nus, hommes, femmes, jeunes filles, enfants et vieillards, qui attendent, les pieds dans l'eau, la bénédiction du saint, pourrait donner des distractions à plus d'un fidèle. Si les choses se sont jamais passées ainsi que le peintre le raconte, on ne saurait assez admirer la candeur ou l'intrépidité du prélat, qui n'a pas craint de mettre en contact,

©BIU Santé

la simulation, etc., sujets importants pour le médecin militaire, qui doit faire un service de recrutement.

Le nombre des participants à ces cours varie de 18 à 25. Tandis que, généralement, il se fait trois cours de répétition (deux dans la Suisse allemande et un à Genève), cette année, il n'y en aura que deux. L'un vient de se terminer; il avait lieu à Berne, sous la direction de M. Kocher; l'autre commencera à Genève au mois de septembre, et sera probablement dirigé par MM. Julliard, Reverdin et Barde (pour l'ophthalmologie).

Comme vous voyez, cette manière de repasser partiellement ses études universitaires est très engageante et a le grand avantage d'obliger le médecin à sortir de sa vie parfois si monotone. Je crois que la Suisse est le seul pays qui ait su rendre au médecin le service militaire non seulement très utile, mais aussi parfois très agréable!

Pour en revenir à la médecine proprement dite, je dois vous annoncer la mort de la malade sur laquelle le professeur Socin avait d'abord pratiqué la résection du pylore et, une année après (en juin 1883), la gastro-entérostomie (voyez une lettre du 7 décembre 1884). La mort survint le 7 janvier 1886, c'est-à-dire deux ans et demie après l'opération. M. Socin montra la préparation à la Société de médecine de Bâle; le cancer avait récidivé et occupait presque tout le reste de l'estomac; il avait aussi envahi les parois abdominales. La communication établie par le chirurgien entre le grand cul-de-sac et l'intestin était encore intacte. Le côlon transverse, qui se trouvait derrière le point où l'intestin s'abouchait dans l'estomac, n'était pas comprimé. Les fonctions de l'intestin n'avaient cessé d'être régulières jusqu'à la fin. De cette observation, il résulte que la gastro-entérostomie est une opération certainement justifiable en chirurgie, puisque, dans ce cas, elle a prolongé la vie de plus de deux ans.

Dans la *Revue médicale de la Suisse romande* du 15 mai, le professeur Dunant (de Genève) publie un tableau comparatif des décès en Suisse par les maladies infectieuses. Ce tableau démontre trop clairement les conséquences malheureuses de l'abolition de la vaccination obligatoire, pour que je ne la mentionne pas à vos lecteurs. La preuve la plus éclatante est le canton de Zurich, qui, pendant le trimestre qui vient de s'écouler, a eu à lui seul deux fois plus de varioleux que pendant l'année 1885 tout entière. Le peuple de Zurich a cédé aux agissements insensés des antivaccinateurs en mai 1883. Les conséquences néfastes de ce vote malheureux apparaissent clairement dans le petit tableau suivant, qui indique trimestre par trimestre la proportion des décès varioliques, sur mille décès généraux dans l'agglomération zurichoise.

---

pêle-mêle, tant de nudités sous les yeux des diacres et des soldats romains qui assistent à la cérémonie. Ces soldats sont à cheval. Est-ce que, sous Trajan, dans les premières années du second siècle, l'étrier et la selle étaient en usage à Rome? Nous en doutons fort, malgré l'affirmation de M. Garnier.

Un autre grand tableau, non pas précisément religieux, mais concernant la vie religieuse, a été peint par M. Démarest. Il représente un groupe de chartreux allant à la promenade et rencontrant, assise à l'ombre de beaux arbres, une heureuse famille d'ouvriers. Les réflexions et les regrets des moines à l'aspect de ce spectacle sont exprimés avec une justesse d'autant plus saisissante qu'elle est plus discrète. M. Démarest doit être classé, à partir de ce jour, parmi les artistes qui tiennent à faire de la bonne peinture au service d'une idée. C'est, croyons-nous, ce qui caractérise les peintres expressifs. Le tableau porte pour titre : « Les Deux Voies ».

Un autre peintre, M. G. Jeannin, a exprimé, volontairement ou non, une idée qui est celle de beaucoup de gens de bon sens, à savoir que l'on fait un abus incompréhensible des fleurs aux funérailles. Le tableau est plein de fleurs du bas jusques en haut; c'est un prodigieux amoncellement de bouquets aux couleurs éclatantes, de l'aspect le plus frais et le plus gai. Cela s'appelle au livret : « Un Jour de deuil. — 22 mai 1885 ». Etonné, le spectateur cherche et finit par découvrir, dans le fond de la toile, un buste qui ne ressemble pas à V. Hugo, et un bout de crêpe tombant d'une chaise par terre. N'est-ce pas absurde de gaspiller, pour un symbolisme contradictoire, tant d'argent qui pourrait être mille fois mieux employé!

©BIU Santé

Années	1er trimestre	2me trimestre	3me trimestre	4me trimestre
1881.....	0	7	0	0
1882.....	0	0	0	0
1883.....	0	0	0	8
1884.....	9	0	0	2 1/2
1885.....	6	14	14	38
1886.....	85			

Comme contre-partie du tableau ci-dessus, en voici un autre, dont les chiffres sont puisés dans les publications de l'office sanitaire impérial d'Allemagne et du Bulletin de statistique sanitaire comparée du docteur Janssens (de Bruxelles). Il fait voir la diminution énorme et permanente des décès par variole en Allemagne, depuis l'application de la loi de 1874 qui a rendu la vaccination obligatoire :

Décès par variole par 100,000 habitants :

A Londres, Paris (à l'exception de 1871) et Vienne, de 1870 à 1874..... 136,3

A Londres, Prague et Pétersbourg (excepté pour la dernière ville, de 1875 à 1877), de 1875 à 1885..... 101,5

A Berlin, Breslau, Hambourg, Munich et Dresde, de 1870 à 1874..... 92,38

— — — — — de 1875 à 1885..... 1,44

En 1885, vingt et une villes d'Allemagne où la vaccination est obligatoire, possédant entre elles toute une population de 4,306,933 habitants, n'ont fourni que 27 décès par variole.

La même année, quinze villes de France où la vaccination n'est pas obligatoire, et possédant ensemble une population un peu moindre de 4,020,840 habitants, ont fourni *866* décès par variole, soit *32* fois plus que les villes d'Allemagne ! Ces chiffres n'ont besoin d'aucun commentaire ; ils montrent, mieux que toutes les théories, si la vaccination obligatoire est bonne ou mauvaise.

Les derniers mois ont été très féconds en nouveaux remèdes, que je me garderai bien de vous énumérer. Je me contenterai de vous en communiquer deux, que nous employons à Berne depuis quelque temps. Le premier est la teinture de l'*Agaricus muscarius* (fliegenschwamm).

Cette teinture, d'une couleur jaune foncée, a été introduite en Europe par M. Debowsky, actuellement recteur de l'Université de Lemberg, et recommandée ensuite à Berne par le professeur Nenchi. Elle est originaire du Kamtschatka (où M. Debowsky avait été

« Victor Hugo sur son lit de mort » a fourni à M. Laugée le sujet d'un tableau extrêmement remarquable, et d'une impression terrible. Là aussi nous retrouvons les fleurs à la mode en trop grande quantité. Mais le poète, déjà décoloré, est si grand dans sa solitude et dans son éternelle immobilité, que les accessoires disparaissent. On ne songe qu'à la mort, impitoyablement égalitaire, qui fauche tout !

Afin que la dernière colonnette de ce feuilleton ne se termine pas comme une lettre de faire part, disons un mot encore d'Annibal, — pour qui Trousseau, entre parenthèses, — professait une si vive admiration, et qui n'a pas été mieux traité par les peintres que par les sculpteurs. — M. Bénédict Masson, qui se plaît aux grandes scènes historiques, nous parle à sa manière de « la traversée des Alpes ». Le tableau est noir, le ciel dramatique, les mouvements de l'armée confus, et une grande route est tracée au milieu d'Alpes invraisemblables.

Si les choses eussent été disposées ainsi, il n'eût pas été nécessaire d'attaquer les rochers par le pic (*acuto*). Nous disons par le pic, et non par le vinaigre (*aceto*), comme l'a écrit quelque maladroit copiste, ce qui a fait verser plus d'encre, depuis la Renaissance, qu'il n'eût fallu de vinaigre pour dissoudre les fameux rochers savoyards. De cette façon tomberait une des grosses gasconnades de l'histoire. Cette interprétation, si plausible, ne nous appartient pas ; mais nous sommes heureux de lui donner notre entière approbation.

Et maintenant, cher lecteur, que vous soyez ou non de la Société contre l'abus du tabac, allumez un bon cigare, si faire se peut, et disons-nous au revoir dans un Salon meilleur.

Cl. Suty.

BIU Santé

envoyé pour une mission scientifique) ; les habitants de ce pays s'en servent, paraît-il avec succès contre certaines maladies nerveuses, entre autres contre l'épilepsie. La dose est de 20 gouttes, 3 à 5 fois par jour. L'introduction de ce remède est naturellement de date trop récente pour qu'on puisse juger de son efficacité ; néanmoins, les médecins seront peut-être bien aises d'essayer une nouveauté qui promet quelque amélioration dans l'état de ces malheureux.

Le second remède dont je désire vous entretenir est le *salol* ou *salicylate de phénol*. Ce corps a été obtenu chimiquement par M. le professeur Nenchi, de Berne, et introduit en médecine par le docteur Sabli. Il forme une poudre blanche, insipide et insoluble dans l'eau. M. Sabli l'a introduit en médecine comme antirhumatismal, au lieu du salicylate de soude qui souvent n'est pas toléré. Au point de vue chimique, le salol est l'éther composé de l'acide salicylique et du phénol. Par le suc pancréatique, le salol se décompose tout simplement en ses deux composants, l'acide salicylique et le phénol. Peu de temps après l'ingestion, ces deux corps se retrouvent dans les urines sous forme d'*acide salicylurique* et d'*acide phényl-sulfurique*, et non sous forme d'*urate de salicyle* et de *sulfo-phénol*, comme on l'a écrit dernièrement dans la *Semaine médicale*.

Le salol se donne généralement en poudre, et aux mêmes doses environ que le salicylate de soude, c'est-à-dire, selon l'âge et les conditions du malade, de 6 à 8 grammes par jour. Jusqu'à présent les nombreux essais que l'on a faits avec ce remède parlent beaucoup en sa faveur.

Le salol est aussi un antiseptique ; déjà, on l'a employé en chirurgie pour des opérations diverses. Les résultats obtenus jusqu'ici ne sont pas assez concluants pour qu'on ose le substituer à l'iodoforme, par exemple. Je ne doute pas, pour ma part, des services que ce remède est appelé à rendre, surtout en médecine interne.

A propos de résultats chirurgicaux, je ne puis que confirmer ce que je vous ai dit dans ma correspondance du mois de novembre 1883. M. Girard (et non Gérard) continue à guérir ses opérés en 4 jours, et je connais un cas de goître, auquel M. Kocher a enlevé le pansement deux jours après l'opération. J'ai vu ce matin à la clinique chirurgicale un un homme auquel M. Kocher a fait avant-hier, c'est-à-dire, le mercredi 9 juin, une résection de l'intestin à la suite d'une hernie crurale étranglée. Ce matin 11 juin, la plaie était réunie sur toute sa longueur ; le pansement fut définitivement enlevé et remplacé par une petite bande collodionnée. Je ne pense pas que l'on puisse désirer mieux!

J. Dumont.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin. — Présidence de M. Trélat.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Dieulafoy et Sanné, pour la section de pathologie médicale ;

2° Une lettre de M. le docteur Diday (de Lyon), qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en lui conférant le titre de correspondant national.

A l'occasion du procès-verbal, M. Laboulbène demande à présenter quelques remarques au sujet du rapport si intéressant de M. Brouardel sur le rôle des insectes dans la momification des cadavres et sur les applications à la médecine légale.

« En résumé, dit M. Laboulbène, il faudra, pour retirer de l'entomologie appliquée à la médecine légale une certitude sur l'époque de la mort d'un cadavre, remonter géologiquement, en quelque sorte, du temps présent aux premiers insectes nécrophiles. Si le temps de la mort est très éloigné, si l'on ne trouve que des *ptiniores* ou des *anthrènes*, la date sera difficile et presque impossible à préciser. Enfin, comme l'a si bien fait observer M. Brouardel, il faudra même tenir grand compte des insectes voisins des restes

©BIU Santé

d'un corps; par exemple, les fourmis placées dans la terre, auprès des ossements d'Elodie Ménétret, des bulbes et des tiges de lis blanc rongées par les acares, et qui ne se rencontrent que dans des conditions spéciales. »

M. Brouardel dépose sur le bureau : 1° Le rapport de M. le docteur Charrin, sur l'épidémie de choléra qui a sévi en Bretagne et en Vendée dans les derniers mois de l'année 1885 et les premiers mois de 1886; — 2° au nom de M. le docteur Napias, l'*Eloge du professeur Bouchardat.*

M. Lancereaux présente, au nom de M. le docteur Peeters, médecin-inspecteur de la colonie d'aliénés de Gheel, une brochure intitulée : *L'alcool, physiologie, pathologie, médecine légale.*

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Gavoy, médecin principal de l'armée, un ouvrage intitulé : *Structure et description iconographique de l'encéphale.*

M. Vidal dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Leloir, une série de brochures à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national.

M. Villemin présente, au nom de M. le docteur Emile Duponchel, médecin-major, une brochure intitulée : *L'hystérie dans l'armée : étude de pathologie interne et de médecine légale.*

M. Yungfleisch fait un rapport sur l'analyse du sulfate de quinine officinal, à l'occasion d'une communication de M. le docteur de Vrij, correspondant étranger qui avait signalé la présence de quantités relativement fortes de sulfate de cinchonine dans le sulfate de quinine que l'industrie fabrique actuellement.

Des contradictions ayant été soulevées à cet égard, l'Académie, conformément au désir exprimé par M. de Vrij, a chargé sa section de pharmacie d'examiner cette question. C'est le résultat de cet examen que M. Yungfleisch expose à l'Académie.

Les contestations soulevées portent sur deux points : En premier lieu, la méthode d'analyse adoptée par M. de Vrij ne serait pas à l'abri de tout reproche; en second lieu, le sulfate de quinine actuellement livré à la pharmacie serait conforme aux exigences des pharmacopées officielles des différents pays.

M. le Rapporteur discute ces objections; il a fait lui-même de nombreuses analyses; à l'aide de divers procédés, et en tenant compte de l'approximation dont ils sont susceptibles, il a examiné un très grand nombre de produits livrés par les différentes usines européennes, et il reconnaît avec M. de Vrij que, d'une manière générale, le sulfate de quinine est assez fortement chargé aujourd'hui de sulfate de cinchonidine. Les chiffres très nombreux qu'il possède montrent que, dans une même fabrique, le sel obtenu varie pour ainsi dire d'un jour à l'autre, tant est variable elle-même la nature des écorces traitées; ils montrent, de plus, que l'application faite isolément d'un chiffre de ce genre à une fabrique peut manquer de justice et causer aux industriels un préjudice immérité; ils montrent surtout que les produits des fabriques françaises ne sont nullement inférieurs à ceux des fabriques étrangères. Or, c'est précisément une conclusion contraire que certaines personnes ont cru pouvoir tirer de l'ensemble des données publiées par M. de Vrij. En réalité, les sels les plus chargés en cinchonidine que M. le Rapporteur a eus entre les mains sont d'origine étrangère.

M. le rapporteur s'attache ensuite à montrer qu'il est impossible, par aucun procédé, d'obtenir un sulfate de quinine absolument pur. Aussi le codex après avoir formulé le principe, indique-t-il dans quelles limites ce principe doit s'incliner devant les nécessités de la pratique.

Quant au sulfate de quinine des hôpitaux, il a été l'objet de nombreuses analyses par les professeurs de l'Ecole de pharmacie. Or, ils ont reconnu que la grande majorité des produits examinés satisfaisait aux conditions exigées. Sur 13 échantillons, un seul laissait à désirer pour sa pureté.

M. le rapporteur termine en disant que les industriels continuant à pratiquer toujours le même mode de fabrication, on comprend qu'actuellement le sulfate de quinine du commerce puisse être généralement chargé d'une trop forte proportion de sulfate de cinchonidine.

BIU Santé

M. de Vrij, en joignant sa voix très autorisée à celle des savants qui ont mission de renseigner le public sur ce point, a contribué efficacement à engager les pharmaciens à redoubler de surveillance. Il aura ajouté un nouveau service à tous ceux qu'il a rendus, si l'agitation qu'il a provoquée sur cette question peut décider les fabricants européens à modifier leurs procédés et à ne livrer au commerce que des sulfates de quinine purs ; les moyens de le faire sont connus, ils n'ont qu'à les appliquer.

M. Berger présente un malade sur lequel il a réparé une vaste perte de substance des parties molles du talon, causée par un écrasement et ayant résisté depuis plus d'un an à tous les moyens de traitement, par une opération autoplastique dérivée de la méthode italienne. (Méthode de Tagliacozzi.)

Sur la perte de substance préalablement avivée, il a fixé, par la suture, un lambeau long de 10 centimètres, large de 5 à 6, comprenant la peau et le tissu cellulaire et taillé sur la jambe opposée. Ce lambeau fut laissé adhérent par son pédicule à la jambe à laquelle il appartenait, pendant 24 jours ; pendant ce temps les deux membres inférieurs furent maintenus dans l'immobilité absolue par un appareil plâtré. Le pédicule fut sectionné le 24e jour, le lambeau continua à vivre et, depuis 6 mois le malade peut se servir de son pied sans qu'aucune ulcération ou aucun trouble trophique se soit développé sur la partie du talon qu'il recouvre. Néanmoins la peau transplantée n'a pas recouvré sa sensibilité au contact.

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lannelongue sur les titres des candidats à la place d'associé étranger, 2e division, ainsi que celle du rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats à la place de correspondant national.

COURRIER

L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du lundi 21 juin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Vulpian, élu, il y a deux mois, secrétaire perpétuel.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 55, majorité 28 :

M. Brown-Séquard a été élu par 36 voix, contre 19 voix données à M. Germain Sée.

La Vaccination obligatoire. — Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur les détails intéressants que contient la lettre de M. Dumont, insérée dans ce numéro, au sujet de l'augmentation des décès varioliques dans les pays où la vaccination obligatoire a été supprimée, et de leur diminution dans ceux où elle a été mise en vigueur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Durand (J.-B.), ancien interne des hôpitaux, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, décédé à l'âge de soixante-seize ans.

Le service pharmaceutique de nuit. — Le projet suivant vient d'être adopté par le Conseil municipal :

Art. 1er. — Il sera organisé, à bref délai, un service pharmaceutique de nuit.

Art. 2. — Les malades qui désireront se procurer les médicaments à eux prescrits par les médecins de nuit, devront s'adresser au poste de police, d'où un agent muni d'un bon de la préfecture de police les conduira dans une maison de secours quand il se trouvera en présence d'indigents, et, dans le cas où la maison de secours n'aura pas les médicaments prescrits, ou lorsqu'il s'agira de malades non inscrits aux bureaux de bienfaisance, dans une des pharmacies dont les titulaires se seront fait inscrire sur la liste des pharmaciens de nuit.

Art. 3. — Les malades qui pourront payer seront astreints à rembourser les médicaments à eux fournis, plus 1 fr. 50 comme indemnité de dérangement de nuit.

Art. 4. — Un crédit de trois mille francs (3,000 fr.) sera ouvert pour le service pharmaceutique de nuit.

©BIU Santé

L'Assistance médicale a Paris. — Nous recevons deux documents prouvant l'utilité des établissements d'assistance publique qui, fondés à côté des hôpitaux ou hospices, sont destinés soit à soigner les malades, soit à recevoir les malheureux. Le premier de ces documents est un rapport lu par M. le docteur Comby, médecin des hôpitaux, à l'assemblée générale de la Société philanthropique. Il expose les résultats obtenus au dispensaire spécial pour les enfants établi à la Villette (166, rue de Crimée). Pendant l'année 1883, il a été donné à ce dispensaire 5,581 consultations gratuites. Le nombre des pansements, bains, douches, etc., a dépassé 100,000. Grâce aux précautions prises pour assurer l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses, aucun cas de transmission de ces maladies n'a pu être imputé au dispensaire.

On n'y traite, en général, que les maladies relativement bénignes ; on n'y pratique que les opérations d'urgence et les opérations de petite chirurgie. Quant aux maladies chroniques, sur 1,369 enfants traités, on compte 981 guérisons, 197 améliorations, 8 morts, 183 résultats inconnus.

En résumé, depuis trois ans, il a été donné à ce dispensaire 13,685 consultations gratuites ; il a été admis à un traitement d'une durée de trois mois 2,400 enfants, dont les deux tiers ont été guéris. Ces résultats encourageants prouvent tout à la fois et les avantages que présentent ces sortes d'établissements, et le dévouement éclairé des médecins qui en assurent le service.

— Le rapport adressé à l'Administration au sujet du fonctionnement des refuges municipaux de nuit montre aussi, par l'affluence qui s'y presse, combien est profonde la misère et combien sont diverses les causes qui la produisent. Dans un seul établissement de ce genre, on a reçu pendant le mois de mars 1,104 personnes, qui y ont passé 3,720 nuits, et sur ces 1,104 personnes on comptait 1 avocat, 1 professeur de mathématiques, 1 étudiant en pharmacie, puis un grand nombre de journaliers, menuisiers, serruriers, maçons, etc., etc. Ce qu'il importe de surveiller, c'est l'hygiène de ces sortes de refuges. L'œuvre de l'hospitalité de nuit s'en préoccupe avec raison, et les modèles qu'elle montre à l'Exposition d'hygiène de la caserne Lobau sont, à cet égard, très recommandables. Mais en est-il et en sera-t-il toujours de même partout ? On ne saurait trop surveiller ces sortes d'établissements, où les maladies contagieuses pourront trouver les conditions les plus favorables de propagation et d'extension.

— Les candidats du concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés, qui doit s'ouvrir le lundi 28 juin 1886, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, sont au nombre de trois seulement. Ce sont : MM. les docteurs Gilson, Pinel et Séglas.

Les membres du jury sont : MM. Bouchereau, Bigot, Baillarger, Espiau de Lamaestre, Lancereaux, Hardy et Straus.

Société médicale d'Amiens. (Concours de l'année 1888) — Le sujet du concours a été arrêté dans l'une des dernières réunions de la Société. Il est intitulé : De la paralysie diphthéritique.

Société médico-pratique. — Séance du 28 juin. — *Ordre du jour :* 1. M. Huchard : Rapport sur les candidatures de MM. Blanc (d'Aix) et Sansom (de Londres) au titre de membre correspondant. — 2. M. Delefosse : De l'emploi de la cocaïne dans la lithrotritie, observation. — 3. M. Pennel : Observation d'angine de poitrine suivie de mort. — 4. M. Huchard : Note sur la cotoine. — M. Gillet, interne : Observation de kératodermie palmaire et plantaire (travail de candidature).

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 juin 1886. — *Ordre du jour :* 1. MM. Horteloup et Thevenot : Rapports de candidatures. — 2. M. Dehenne : Un mot sur le manuel opératoire de l'avancement musculaire. — 3. Duroziez : De l'emploi de la digitale dans les maladies du cœur.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

BIU Santé

Sommaire

I. R. Longuet : Du frottement périhépatique. — II. Conférence de M. Grancher sur le vaccin de la rage. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Pensées et maximes inédites sur la médecine et les médecins. — VI. Formulaire.

Du frottement périhépatique (1).

IV

Voici d'ailleurs deux nouveaux faits qui confirment et éclairent les premiers :

Il s'agit d'abord d'un homme de 27 ans qui n'a ni phthisie dans ses antécédents héréditaires, ni syphilis, ni impaludisme, ni alcoolisme dans ses antécédents personnels. Il fit, il y a dix-huit mois, une péricardite aiguë, a souffert ensuite du côté droit, puis s'est mis à tousser, à respirer difficilement, et son ventre a grossi, ses jambes ont enflé. Plusieurs ponctions abdominales ont été faites; le malade a maigri et perdu ses forces. A l'entrée, on constate, en outre, de l'augmentation de la matité cardiaque, de la faiblesse du choc, une ondulation dans les veines jugulaires; par intervalles, un bruit de galop; un épanchement pleurétique à gauche atteint la pointe de l'omoplate; le foie est augmenté de volume, anasarque, urines rares, sans albumine, etc.

On pose le diagnostic de péritonite exsudative chronique; d'autres séreuses sont prises sous la même influence, le péricarde, la plèvre; peut-être y a-t-il symphyse cardiaque avec myocardite dégénérative, et cirrhose du foie consécutive? Après une ponction, on trouve un foie volumineux, dur, inégal, sensible à la pression. A gauche, il existe des masses irrégulières, noueuses, qui dépendent de l'épiploon ou de l'intestin. Trois semaines après l'entrée, on perçoit un frottement à l'expiration et à l'inspiration à

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

FEUILLETON

PENSÉES ET MAXIMES INÉDITES SUR LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS.

Par le professeur Jules Cloquet.

1682. — Dans la plupart des cas, un médecin qui a du tact ne doit jamais demander l'heure qu'il est à une femme qui a passé 40 ans : il doit la lire au cadran de son visage, parce qu'il lui suffit de la connaître à quelques minutes près.

1902. — Quand le ventre travaille, le cerveau dort; quand le cerveau travaille, le ventre est paresseux, digère mal et rend peu. Le ventre est le contre-poids du cerveau; à gros ventre, petit cerveau. Qui mange trop a gros ventre..., rend beaucoup, pense peu et dort facilement.

1905. — Un gros ventre dérobe à l'homme une partie de lui-même, l'empêche de se connaître et l'oblige à s'en rapporter au témoignage des autres.

1907. — Les hommes qui ont la poitrine tellement grasse qu'elle semblerait appartenir à l'autre sexe ont, en général, la peau fine et le caractère doux.

1926. — Un danseur a son cerveau dans ses jambes, tandis qu'un savant a ses jambes dans son cerveau. Aussi l'un pense comme un mouton qui a le *tournis*, tandis que l'autre marche comme un cul-de-jatte.

1938. — Les hommes qui ont le nez retroussé sont rarement timides;

©BIU Santé

la partie antérieure du foie, à trois travers de doigt au-dessous de la limite du poumon. L'ascite présente des alternatives; le bruit anormal reste plus ou moins perceptible pendant trois semaines au même siège; on n'entend rien en arrière à ce niveau, tandis qu'un frottement pleurétique apparaît à gauche dans la région scapulaire.

Survient une complication nouvelle : une néphrite hémorrhagique; puis, le malade accusant lui-même une sensation de frottement et de picotement en arrière et à gauche, on trouve, en effet, dans la région de la rate, qui n'est ni augmentée de volume, ni sensible à la pression, un bruit de frottement lié à la respiration, très appréciable à l'oreille et à la main.

Les choses en sont là, au moment de la rédaction de l'observation; le ventre a encore augmenté de volume; il n'y a pas de fièvre.

Le dernier malade est un homme de 31 ans toujours bien portant jusque dans ces derniers temps, à part une fièvre typhoïde grave il y a un an, dans l'automne de 1884, mais son père est mort phthisique. Il y a sept mois il a présenté des symptômes qui se rattachent vraisemblablement à une pleurite droite. Des accidents analogues le ramènent ; il a de la fièvre, souffre du côté droit, dans la région du foie.

On lui trouve à gauche un vaste épanchement pleurétique ; rien à droite ; quelque peu de bronchite (sans bacilles dans les crachats), ; au cœur, le choc de la pointe fait défaut ; les bruits sont faibles, mais purs. L'abdomen est tendu, sans être autrement douloureux ; léger degré d'ascite ; matité hépatique augmentée ; pas de frottements. L'urine, d'abord normale, renferme bientôt de l'albumine, des globules blancs et rouges, des cylindres hyalins et épithéliaux.

La situation s'aggrave d'abord : augmentation de l'ascite, météorisme, vomissements, fièvre, perte des forces, collapsus, cyanose, bruit de galop au cœur. On pense à une péritonite tuberculeuse. Puis les symptômes alarmants s'amendent; l'état général s'améliore, la néphrite disparaît, et en un instant le malade est pour ainsi dire remis.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'apparition bien nette d'un

---

Ceux qui ont un gros nez sont rarement méchants;

Ceux qui ont le nez mince, affilé, ont, en général, plus de finesse que de bonté;

Ceux qui ont le nez de travers, ont souvent l'esprit à l'avenant;

Un homme est plus défiguré par la perte du nez que par celle des deux yeux; aussi fait-il plus souvent aboyer les chiens qu'un aveugle.

1943. — Il y a quelques hommes qui ont une résignation assez philosophique pour faire une part au bien, même dans le mal qui leur arrive, pour s'estimer heureux qu'un malheur qui tombe sur eux ne soit pas plus grand, ne soit pas le maximum de malis. Avec cette manière forte d'envisager les choses d'ici-bas, il est difficile d'être jamais malheureux.

Un homme d'un caractère élevé et d'un esprit distingué éprouva successivement, à quelques années d'intervalle, et supporta avec une rare philosophie trois maladies graves dont une seule aurait suffi pour désespérer un homme ordinaire.

Il souffrait depuis longtemps de vives douleurs dans la vessie et se croyait atteint d'un catarrhe incurable de cet organe. Cependant il se fit sonder, et quand on lui eut annoncé qu'il avait un calcul vésical, il tressaillit de joie, s'estimant heureux de n'avoir que la pierre, et de pouvoir se faire tailler pour se débarrasser de ses souffrances. Il fut donc opéré et guérit.

Quelques années plus tard, il fut atteint d'abcès et de fistule à l'anus. Il se croyait atteint d'un cancer au rectum, et de nouveau heureux d'apprendre qu'il n'avait qu'une affection bénigne, il se soumit avec joie à l'opération qui lui rendit la santé.

CHU Santé

bruit de frottement hépatique localisé en avant, et surtout d'un bruit péritonéal similaire dans une bonne partie de l'abdomen, la région ombilicale en particulier, complètement indépendant, semble-t-il, de la respiration ; car il est plutôt continu, avec des variations d'intensité, s'exagérant avec les mouvements des anses intestinales, pendant les borborygmes, par la pression du stéthoscope. Ce bruit de frottement intestinal persiste encore aujourd' hui, alors que le bruit hépatique a disparu depuis un certain temps (1).

Cette dernière observation met hors de doute l'existence du bruit de frottement intestinal admis par Laënnec, Ballard, etc., mais contesté par Bamberger, Gerhardt, etc., nié surtout par Guttmann ; mais les deux faits, pour ne pas perdre de vue notre objectif, sont de nouveaux exemples également probants de bruits de frottement périhépatique accompagnant la péritonite exsudative subaiguë et chronique. Ce signe est d'une grande valeur pour le diagnostic différentiel de la cirrhose hépatique et de la péritonite ; et le fait d'avoir pu en réunir cinq observations en un court espace de temps semble indiquer qu'on le rencontre assez fréquemment pour qu'on ait le devoir de toujours le rechercher dans les cas litigieux.

Et maintenant, il y aurait à s'appesantir sur les autres similitudes cliniques de ces cinq cas. Tous nous présentent des inflammations séreuses multiples (plèvre, péritoine, péricarde) ; la coïncidence de la pleurite gauche avec la péritonite est un autre fait bien singulier ; une seule fois il y a eu de la pleurite droite, mais plusieurs mois après l'apparition de la péritonite ; enfin le développement de cette dernière et sa phénoménologie empruntent à la périhépatite concomitante, sinon déterminante, des caractères particuliers, Le mode étiologique commun qui préside à ces différents faits et commande leur enchaînement se dérobe jusqu'à présent.

(1) R. Spital a depuis longtemps distingué, parmi les bruits péritonéaux, les bruits qui sont une conséquence des bruits respiratoires, ceux qui sont produits par la palpation, ceux enfin que provoquent les mouvements péristaltiques de l'intestin. (*London and Edimb., m. J.*, mai 1845.)

Enfin, dans les dernières années de sa vie, comme sa vue s'obscurcissait peu à peu, il se crut atteint d'une goutte sereine, suite naturelle des progrès de l'âge; il se résigna à devenir aveugle, à mourir, comme il le disait, dans les ténèbres de la vie pour passer dans celles de la mort. Son affection présentait de l'obscurité dans le diagnostic, mais enfin on put constater qu'on avait affaire à une double cataracte. Le malade ne put s'empêcher de témoigner la plus agréable surprise quand il sut qu'il n'y avait pas d'amaurose, qu'il n'avait qu'une cataracte, et qu'une opération pourrait par la suite lui rendre la vue. Il attendit avec patience l'heureux moment, disait-il, où il serait aveugle, et où ses yeux seraient bons à être opérés. Cet heureux moment arriva; il subit l'opération, qui ne réussit que d'un seul côté; il se félicitait de ce qu'elle n'avait pas échoué sur les deux yeux; il fut très heureux d'y voir encore, suivant son expression, par une seule fenêtre.

Cet homme d'un heureux caractère vécut encore quelques années et eut, enfin, l'insigne bonheur d'être enlevé d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

2023. — Il est encore plus difficile de régler la vie d'un homme que la marche d'une montre; il y a tant de ressorts, de roues, de vis, d'écrous, d'aiguilles et de cadrans, dans notre mobile et fragile machine, qu'on est tout étonné qu'elle puisse même fonctionner tant bien que mal. Aussi les têtes des hommes sont-elles loin de s'accorder entre elles comme leurs montres, et se détraquent-elles bien plus souvent qu'elles; celles qui vont le mieux avancent ou retardent parfois; les plus habiles horlogers ne savent pas ou ne

©BIU Santé

V

En laissant autant que possible la parole à l'auteur jusqu'ici, nous n'avons pas prétendu accepter sans restriction toutes ses assertions, et le lecteur n'a pu s'y tromper. Nous n'avons pas acquis la pleine conviction, par exemple, d'après les détails cliniques mêmes qu'il nous donne, que la plèvre droite fût absolument indemne de toute lésion. On comprend de quel intérêt majeur il peut être pour sa thèse d'écarter à l'avance l'objection qui tendrait à présenter le frottement périhépatique comme un bruit propagé ou transmis. Mais sur ce point la démonstration directe faite par Erb est assez complète pour que sa conclusion en faveur d'un bruit né sur place ne puisse être entamée en quoi que ce soit. Seulement, nous nous trouvons beaucoup plus à l'aise, en face d'une pleurite droite, pour expliquer la propagation du processus d'une séreuse à l'autre à travers le diaphragme par la voie lymphatique, en vertu d'un mécanisme bien mis en lumière par nos anatomopathologistes, et qui paraît, il y a lieu de s'en étonner, être pour Erb lettre morte. Faudrait-il admettre après tout une lésion isolée de la plèvre gauche qu'il n'en résulterait aucune difficulté réelle d'interprétation pathogénique, l'association fréquente et bien connue de la péricardite et de la pleurite gauche introduisant d'ailleurs entre des faits disjoints, un lien dont l'auteur a également omis de tirer parti.

En ce qui concerne la nature même de la maladie qui s'est manifestée par des poussées successives sur les séreuses, il n'est pas démontré que nous soyons en présence d'un état morbide univoque. L'autopsie unique n'a révélé que des lésions banales qui ne portent la signature d'aucun état constitutionnel ou diathésique défini ; mais nous ne savons jusqu'à quel point le rhumatisme ou la tuberculose sont à innocenter dans ce complexus où les similitudes des manifestations symptomatiques ne doivent pas en imposer pour l'identité des causes. Il ne reste pas moins acquis des recherches de Erb que l'existence d'un bruit de frottement périhépatique transitoire, bien étudié par lui comme signe physique, doit éveiller l'at-

---

peuvent pas toujours les raccommoder, et les bons horlogers sont rares, bien que se donnent comme tels une foule de mauvais raccommodeurs de tourne-broches.

2162. — Le médecin qui sacrifie à chaque instant sa propre santé pour soigner celle des autres est comme cet homme qui distribue largement son patrimoine, son argent aux pauvres, sans penser que, si lui-même venait à en avoir besoin, personne ne lui rendrait au centième ce qu'il a si généreusement donné. Aussi, quand le médecin tombe malade, quelques-uns de ses clients le plaignent sincèrement et prient Dieu pour lui ; d'autres le blâment de s'être trop fatigué et surtout d'avoir voulu devenir trop riche, et lui répètent jusqu'à satiété, *medice, cura teipsum* ; ce qui est dire à un homme qui vient de tomber et de se blesser : relève-toi ! au lieu de le secourir, de lui tendre les mains et de l'aider à se remettre sur ses pieds. Puis viennent les échos menteurs des confrères jaloux qui font leur pauvre confrère incurable, fou, agonisant, mort et enterré ; le plus grand nombre des malades le regardent au moins comme hors de service : ils prennent un autre médecin et oublient bientôt celui auquel ils doivent souvent leur vie, leur honneur et leur fortune. Ces réflexions, qui ne sont malheureusement que trop vraies, font infiniment d'honneur aux bons sentiments du cœur humain.

2208. — L'homme est fou pendant le sommeil, quand il rêve, puisqu'involontairement il est transporté dans un monde imaginaire, qu'il n'a que de fausses sensations et impressions, et qu'il n'agit que sur des erreurs, des choses qui n'existent pas, sur des chimères.

Les hommes les plus sages passent tous alternativement de la raison à la folie en

BIU Santé

tention sur l'atteinte possible et même probable des autres séreuses ; sur l'imminence en particulier d'une généralisation péritonéale (1) ; qu'il y a lieu, en outre, d'en tenir compte dans le diagnostic différentiel de la cirrhose hépatique.

C'est assez, en attendant les développements que l'observation ultérieure doit faire subir à cette notion du premier jet, pour que ce jugement sommaire de nos maîtres sur le frottement péritonéal, « sujet de plus de travaux qu'il ne mérite par sa valeur séméiologique (2) » soit dès à présent rapporté.

R. LONGUET.

Conférence de M. Grancher sur le vaccin de la rage.

Mardi soir, M. le professeur Grancher a fait une conférence sur la rage à l'Exposition d'hygiène. Le savant collaborateur de M. Pasteur a étudié pour la première fois l'histoire clinique des malades traités au laboratoire de la rue d'Ulm. Il a rangé les personnes mordues et vaccinées en trois catégories :

1re catégorie : Les gens mordus par un chien dont le système nerveux, envoyé au laboratoire de M. Pasteur et inoculé à des lapins, les a fait mourir de la rage ; ou par un chien dont les morsures ont fait périr de la rage des animaux ou des êtres humains.

2e catégorie : Les gens mordus par un chien examiné pendant sa vie ou après sa mort par un vétérinaire qui l'a déclaré enragé.

3e catégorie : Les gens mordus par un chien furieux qui n'a pu être suivi.

Ajoutons que M. Grancher n'a pas compris dans sa statistique les per-

(1) J. Kill faisait de ce même bruit un signe de la diaphragmatite et il le considérait déjà comme donnant souvent naissance à un épanchement abdominal. (*Casper's Woch.*, 1838, 50.)

(2) Barth et Roger.

---

passant de la veille au sommeil et en se trouvant tout à coup, contre leur volonté, dans un monde chimérique dont ils sont à la fois spectateurs et acteurs ; et souvent pendant la veille ces hommes sensés rêvent encore, quoiqu'ils se croient bien éveillés.

La folie n'est elle-même qu'un rêve continuel, diurne et probablement nocturne tout à la fois. Je dis probablement nocturne, parce qu'il serait possible que si les fous pouvaient, étant éveillés, rendre un compte exact de leurs rêves, on pût constater que la raison ne les visite que pendant leur sommeil, et qu'éveillés ils oublient leurs rêves ou en font aussi peu de cas que les gens raisonnables en font des leurs.

Demandez à un profond philosophe, et ils sont rares, comment se forment les rêves. S'il ne veut pas vous répondre par des hypothèses ou des folies, il vous dira tout simplement qu'il n'en sait rien, et vous serez aussi avancé, ou plutôt aussi peu avancé que lui. Et voilà cependant où aboutit la science des hommes sur tant de choses, que la bonne foi oblige le plus instruit à convenir de son ignorance sur toutes.

2241. — Une petite verrue sur le nez d'une jolie femme lui donne plus de chagrin que la perte de cent adorateurs et même que la perte d'une dent ; aussi une jolie femme trouve toujours un courage héroïque pour se faire opérer, mais à la condition qu'il n'en résultera pas de trace ou de cicatrice.

2242. — L'*aura seminalis* ne produit pas plus la turgescence abdominale chez la jeune fille que le *vent des boulets* ne tue de soldats sur un champ de bataille.

2432. — Un chirurgien court moins de risques pour sa réputation en pratiquant une

©BIU Santé

sonnes mordues depuis le 22 avril 1886, car la période d'incubation des accidents rabiques peut souvent atteindre deux mois.

Le total des trois catégories donne 1,335 malades. Il s'agit de savoir combien de morts on a notées dans chacune de ces catégories. Auparavant, il importe de rappeler que, d'après une statistique très sévère de M. Leblanc, membre de l'Académie de médecine et vétérinaire de la ville de Paris, on constate 16 *morts pour* 100 *individus mordus et non vaccinés.*

Or, dans la première catégorie des malades de M. Pasteur, on compte 96 sujets et 1 mort, soit 1,04 p. 100.

Dans la deuxième catégorie, on compte 644 sujets et 3 morts, soit 0,46 p. 100. Ensemble, ces deux catégories donnent une mortalité de 0,75 p. 100.

Dans la troisième catégorie, on compte 232 cas dont il n'est pas tenu compte dans cette statistique.

Si l'on recherche les individus mordus sur les parties découvertes du corps (face et mains), on trouve :

Dans la première catégorie, 54 sujets et 1 mort, soit 1,8 p. 100.

Dans la deuxième catégorie, 400 sujets et 3 morts, soit 0,75 p. 100.

Or, M. le professeur Brouardel, en compulsant les comptes rendus des Conseils d'hygiène de 1862 à 1872, trouve que les individus mordus aux parties découvertes et non vaccinés présentaient une mortalité de 80 p. 100.

M. Pasteur a, en outre, vacciné 48 sujets mordus par des loups enragés; 7 sont morts, ce qui donne une mortalité de 14 p. 100. Or, M. Brouardel a constaté que les individus non vaccinés présentaient une mortalité de 66,5 p. 100.

Si l'on compare l'efficacité du vaccin rabique de M. Pasteur avec le vaccin du charbon et avec celui de Jenner pour la petite vérole, on trouve que ces trois agents prophylactiques ont une valeur égale.

Avant la vaccination jennérienne, il mourait 500 variolés pour 1,000 ;

Tandis qu'il ne meurt que 23 vaccinés pour 1,000 ;

Par conséquent, la valeur du vaccin jennérien est de 500 : 23 = 21,7.

---

opération qui compromet la vie qu'une opération qui compromet la beauté d'une jolie femme.

2525. — La bourse d'un avare est comme le ventre d'un hydropique : plus elle enfle, plus il a soif.

2578. — La fortune des médecins serait bientôt faite, si leurs honoraires se trouvaient en raison directe de l'ingratitude de leurs malades.

Ces réflexions, qui nous montrent le professeur J. Cloquet sous un jour tout nouveau, celui du médecin qui a observé le monde autant en philosophe qu'en disciple d'Hippocrate, font partie d'une vingtaine de cahiers manuscrits qu'il a légués à son ami le baron Larrey, lequel en a fait gracieusement don à la Faculté de médecine. Nous avons cru pouvoir intéresser nos lecteurs en leur faisant connaître celles qui concernaient plus particulièrement notre profession. SIMPLISSIME.

POTION CONTRE LA DYSPNÉE. — Mariasi y Larrion.

Teinture ou extrait de quebracho.....	de 2 à 4	grammes
Eau distillée.....	150	—
Sirop simple.....	30	—

F. s. a. une potion à prendre en quatre fois, à deux heures d'intervalle, pour combattre les symptômes dyspnéiques d'origine diverse, occasionnés par des lésions du poumon, du cœur et des gros vaisseaux. — N. G.

©BIU Santé

Pour le charbon, avant le vaccin de M. Pasteur, il mourait 120 animaux charbonneux pour 1,000.

Maintenant il ne meurt que 5 animaux vaccinés pour 1,000.

La valeur du vaccin du charbon est donc de 120 : 5 = 24.

Pour la rage avant la vaccination, on constatait 160 morts pour 1,000 enragés.

Après la vaccination, il ne meurt que 7 mordus pour 1,000.

L'action préservatrice du vaccin rabique est donc représentée par 160 : 7 = 22,85.

Ces chiffres sont assez éloquents pour se passer de commentaires. M. Pasteur a fait une immortelle découverte, celle d'un vaccin pour la rage aussi sûr que celui de Jenner pour la petite vérole, et ses rares détracteurs ne pourront plus l'attaquer sans être convaincus de mauvaise foi.

La conférence de M. Grancher aura un grand retentissement. Le brillant professeur a exposé tous ces faits avec une lucidité parfaite et une éloquence communicative. Plusieurs fois, il a été interrompu par les applaudissements enthousiastes des auditeurs qui se pressaient autour de lui. Plusieurs centaines d'auditeurs n'ont pu pénétrer dans la salle de la caserne Lobau. Il est à désirer que M. Grancher refasse sa conférence dans une salle plus spacieuse, par exemple dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine. (*Journal des Débats.*)

Dr G. Daremberg.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. E. Grimaux adresse à l'Académie la lettre suivante : « J'ai pensé que l'Académie lirait avec intérêt un document inédit qui fait le plus grand honneur à Lavoisier et à ses collègues de la Commission des poids et mesures : c'est la demande de sa mise en liberté adressée le 29 frimaire an II (19 décembre 1793) au Comité de sûreté générale.

« J'extrais cette pièce d'une collection de documents que j'ai réunis dans le but d'écrire une biographie complète de Lavoisier.

Extrait des registres de délibérations de la Commission des poids et mesures du 28 frimaire, l'an II de la République une et indivisible.

« La Commission des poids et des mesures, considérant que, dans les circonstances actuelles où elle est obligée de faire des vérifications très nombreuses d'étalons de toutes les espèces de poids et mesures en exécution de différens décrets de la Convention nationale, la présence du citoyen Lavoisier, l'un de ses membres, lui devient nécessaire par le talent particulier qu'a ce citoyen pour tout ce qui exige de la précision ; que, d'ailleurs, les travaux qu'il a commencés sur la détermination des poids et la dilatation des métaux se trouvent interrompus par son absence, et qu'il faudroit qu'un nouveau commissaire les recommençât en entier ; qu'enfin il seroit d'une très grande difficulté de pouvoir le remplacer relativement aux différens objets dont il s'est occupé, a pensé qu'il étoit de son devoir de représenter au Comité de sûreté générale combien il est urgent que ce citoyen puisse être rendu aux travaux importants qu'il a toujours suivis avec autant de zèle que d'activité.

« Borda, président. Haüy, Secrétaire. »

« La pièce est entièrement de la main d'Haüy ; au-dessous on trouve le refus du Comité de sûreté générale :

« Le Comité de sûreté générale, considérant que le citoyen Lavoisier est porté sur la liste des cy-devant fermiers généraux, mis en état d'arrestation en exécution du décret de la Convention nationale, passe à l'ordre du jour.

©BIU Santé

« Ce 29 frimaire, l'an II de la République française une et indivisible.

« Bayle, Lavicomterie, Élie Lacoste, Dubarran, Vadier, Voulland, Guffroy, (*nom illisible*) (Archives nationales).

« Le décret de la Convention était du 4 frimaire an II (24 novembre 1793) ; Lavoisier avait été écroué le 8 frimaire (28 novembre) à la maison d'arrêt de Port-Libre (ci-devant Port-Royal), comme l'indiquent les registres d'écrou.

« Du 8 frimaire.

« Lavoisier cy-devant fermier général.

« Le 3 nivôse il fut transféré à l'Hôtel des Fermes, qui servit de prison aux fermiers généraux jusqu'à leur comparution devant le tribunal révolutionnaire (18 et 19 floréal an II, 7 et 8 mai 1794). La plupart des biographes de Lavoisier, Dumas entre autres, dans sa *Philosophie chimique*, ont cru que Lavoisier avait été arrêté seulement le 6 mai, après le décret de mise en accusation. J'établirai toutes ces dates, d'après des documents tirés de nos Archives publiques, dans un travail que j'ai l'intention de publier prochainement sur la mort de Lavoisier et le procès des fermiers généraux.

« La démarche honorable de la Commission des poids et mesures, osant prendre la défense d'un ci-devant fermier général, la fit-elle soupçonner d'incivisme ? Quatre jours après, le 3 nivôse (26 décembre 1793), le Comité de salut public arrête que *Borda, Lavoisier, Laplace, Coulomb, Brisson, Delambre cesseront à compter de ce jour d'être membres de la Commission des poids et mesures.* »

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de géographie et navigation, en remplacement de feu M. l'amiral *Lütke*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 45. M. Pissis obtient 41 suffrages, M. Dubois, 4 suffrages.

M. Pissis, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

M. Larrey présente à l'Académie les premiers « Relevés statistiques du Dispensaire Furtado-Heine — 1884-1885 », et s'exprime ainsi :

« Ce Dispensaire a été fondé avec munificence pour le traitement gratuit des affections diathésiques, congénitales ou acquises et non contagieuses, si difficiles à soigner chez les enfants de la classe ouvrière, que ces affections semblent souvent abandonnées au sort des maladies incurables.

« Le Dispensaire Furtado-Heine ne compte pas encore deux années d'existence, depuis son inauguration, le 12 août 1884, et déjà il a fourni les secours les plus efficaces à plusieurs milliers d'enfants pauvres des deux sexes, sans distinction de religion ni de nationalité.

« Les relevés statistiques de 1884-1885 donnent un aperçu exact et intéressant des premiers résultats de cette fondation charitable, pour arrêter les progrès ou même assurer la guérison de maladies dépourvues jusqu'ici des ressources de l'hygiène ou de la médecine préventive, et surtout de la chirurgie conservatrice, dont on ne saurait trop préconiser les bienfaits.

« L'œuvre de Mme Furtado-Heine a grandement justifié, en vingt mois, les espérances de la généreuse fondatrice, et son Dispensaire, reconnu aujourd'hui d'utilité publique, pourra sûrement, d'après de nouveaux relevés statistiques, revendiquer une large part dans l'amélioration physique de la population ouvrière de Paris.

« Ces premiers relevés méritent d'être soumis à l'examen de la Commission du prix de statistique. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juin 1886. — Présidence de M. Fraigniaud, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine ; — le numéro de mai du *Pacific med. and surg. Journal de San-Francisco ;* — le numéro 2 du *Forum français illustré.*

©BIU Santé

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. Dehenne s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

Une lettre de M. le Dr Gallet-Lagoguey, avec 20 exemplaires de son « Projet d'association médicale mutuelle en cas de maladie ». (Remerciments).

M. Duroziez présente au nom de M. le Dr Bouloumié, un mémoire qu'il a lu à la Société médico-pratique : « Du Traitement hydro-minéral de Vittel avant et après l'opération de la pierre. »

M. Reliquet présente à la Société les pièces anatomiques qu'il a recueillies chez un de ses malades qui a récemment succombé aux suites d'une grave maladie des reins : elles font voir une anomalie très curieuse du rein droit ; le rein gauche est calculeux. M. Reliquet fait suivre cette présentation des réflexions suivantes :

Messieurs, je viens vous présenter une pièce anatomique singulière par sa rareté. Je vous la présente sans vous dire toutes les déductions, et discussions qu'elle comporte, me réservant de vous en parler plus longuement.

A droite deux uretères tout à fait indépendants, provenant de deux bassinets, et de deux masses rénales distinctes mais juxtaposées, placées presque l'une au-dessus de l'autre, la supérieure étant un peu plus en dedans. Des deux masses rénales *la plus inférieure et externe* est la plus développée, elle a le volume d'un rein ordinaire ; elle est plus globuleuse, n'étant qu'une coque pleine de liquide ; elle se continue en bas avec un uretère uniformément très élargi qui se rend par le trajet normal à la vessie.

Le second uretère droit prend naissance à la petite masse rénale interne et supérieure qui est grosse comme une petite noix, laquelle, comme la première, est pleine de liquide ; au-dessus de cette petite masse rénale l'uretère est rétréci et même oblitéré. Ce second uretère se dirige vers la vessie parallèlement au premier, éloignés l'un de l'autre de deux centimètres et cela jusque près de la vessie. Au-dessus du premier rétrécissement le second uretère s'élargit, prend la forme fusiforme, car il se rétrécit à nouveau à 6 centimètres de la vessie, pour s'élargir aussitôt ; la cavité fusiforme médiane de ce second uretère est pleine de liquide. La cavité inférieure est aussi pleine de liquide.

Un centimètre avant d'arriver à la vessie, ce second uretère passe obliquement sous le gros uretère. Cet entrecroisement se continue dans l'épaisseur de la paroi vésicale. L'uretère principal s'ouvre dans la vessie, l'uretère secondaire, celui qui passe derrière l'extrémité vésicale du premier, s'ouvre dans une poche qui soulève le trigone vésical et se continue en avant dans l'urèthre jusqu'au vérumontanum. Cette poche sous le trigone ainsi que la section inférieure de cet uretère sont très pleines de liquide, leurs parois sont tendues. Ainsi l'une et l'autre compriment d'arrière en avant l'extrémité inférieure de l'uretère principal qui s'ouvre dans la vessie sur la poche du trigone. Ainsi s'explique comment le rein principal et son très large uretère sont pleins et distendus par du liquide.

La malformation, l'anomalie a entraîné l'hydronéphrose du rein principal droit, et la suppression de fonction de l'appareil rénal de ce côté droit.

Le liquide contenu dans le rein principal droit et le rein accessoire et son uretère est un liquide chargé de grumeaux assez denses, noirs, le tout de couleur mélanique et répandant une odeur infecte.

Le rein gauche volumineux étant deux fois gros comme un rein ordinaire, est plein de calculs, qui occupent le bassinet et les calices. Ces calculs ont provoqué la pyélo-néphrite finale.

L'uretère de ce rein, uniformément élargi du bassinet à la vessie, a un diamètre intérieur de un centimètre, c'est-à-dire le quart du diamètre extérieur de l'uretère du rein droit principal.

La vessie n'est pas sclérosée, sa muqueuse est enflammée, mais les orifices des uretères, celui de gauche comme celui de droite, sont très élargis et laissent passer facilement un gros stylet de la vessie dans chacun des uretères.

Messieurs, après cette description, forcément écourtée, je ne veux aujourd'hui insister que sur un point chirurgical. Si chez ce malade j'avais fait l'ouverture du rein gauche

©BIU Santé

comme je l'avais proposé et comme j'ai été sur le point de le faire, j'aurais très probablement eu une mort rapide après l'opération.

M. Dubuc : Les pièces que vient de nous montrer M. Reliquet prouvent combien il est nécessaire de faire un diagnostic complet avant de s'aventurer à pratiquer la néphrectomie ou la néphrotomie. Car il peut fort bien arriver que ce ne soit pas seulement un rein qui est malade, mais que l'autre présente également des altérations. D'ailleurs, le rein malade exerce une influence sur le rein sain, et nous en avons journellement la preuve dans les coliques néphrétiques, où l'anurie est complète pendant la durée de la colique. Je rappelerai à ce sujet l'observation que j'ai présentée dans le temps à la Société avec M. de Beauvais. Il s'agissait d'une femme atteinte d'anurie. Le rein droit était énorme, sain en apparence, mais rempli de calculs d'acide urique ; l'uretère était distendu par des calculs. Dans le rein gauche il n'y en avait pas trace ; cependant là aussi il y avait eu suppression de l'urine.

M. Polaillon : Je demanderai à M. Reliquet, qui a souvent pratiqué la néphrotomie, s'il a observé consécutivement des fistules urinaires de la région lombaire ? Ce serait là une contre-indication de l'opération ; une fistule urinaire est une infirmité telle que dans certains cas elle a poussé à la néphrectomie, c'est-à-dire à l'extirpation totale du rein.

Quant à ce qui est de la néphrectomie, il est certain qu'il ne faut la faire qu'après un diagnostic aussi certain que possible. Supposons un malade qui rend des urines normales en quantité suffisante : tout d'un coup, il a des douleurs vives et, quelques jours après, il rend des urines purulentes. Le palper dénote une tumeur : rein chirurgical. Dans cette hypothèse, on peut faire la ponction exploratrice du rein avec chances de succès.

Autre cas : il s'agit d'un rein flottant, douloureux, chez une femme névropathique. Je ne me suis décidé à l'extirpation totale qu'après six mois d'observation, et parce que la malade endurait des souffrances atroces. Jamais les urines n'avaient été purulentes. Après l'opération, les urines ont augmenté les premiers jours et sont restées au même degré de quantité. (Cette observation sera publiée.)

En résumé, je crois qu'il n'est permis de recourir à la néphrectomie que lorsque l'on est sûr que le second rein fonctionne normalement.

M. Reliquet : Je me rappelle très bien l'observation de M. Dubuc, mais, comme je le lui ai fait observer lorsqu'il nous a montré la pièce, il ne pouvait pas conclure à l'absence ou à la non-fonction du second rein, car l'uretère du second rein existait, et sa section, que nous avons vue, dénotait que l'uretère tout au moins était sain, et très probablement par cela même le rein était sain aussi.

M. Polaillon me demande mon opinion sur la néphrectomie. Ici, chez le malade sujet de cette pièce anatomique, la néphrectomie eût été suivie de mort immédiate, et cependant rien ne pouvait faire croire que le rein droit était annihilé. Toujours les accidents de coliques néphrétiques avaient eu lieu à gauche. Les urines ne sont jamais descendues au-dessous de 600 centimètres cubes par vingt-quatre heures et l'urée n'a diminué que pendant les accidents terminaux. Je crois qu'il ne faut faire la néphrectomie que lorsqu'on est absolument certain que l'autre rein peut être suffisant, qu'il n'est pas le siège d'altérations.

Dans la grande majorité des cas, ce diagnostic est difficile. Jusqu'à maintenant, toutes les fois que j'ai été appelé à agir, la quantité d'urine rendue par mes malades était de beaucoup au-dessous de la normale (200 à 400 grammes par vingt-quatre heures). Tous ces malades souffraient de véritables coliques néphrétiques provoquées par l'état de leur rein. Ainsi, il y avait envies fréquentes d'uriner et douleur en urinant; troubles gastriques allant, chez certains malades, jusqu'à de véritables vomissements incoercibles. Devant des états semblables, souvent *in extremis*, il est impossible de dire si le second rein, celui dont on ne souffre pas, est sain. Chez mes malades, j'ai constamment vu, sauf chez un, la quantité d'urine s'élever brusquement et la qualité de l'urine s'améliorer, l'urée augmentant aussitôt après la néphrotomie. Evidemment, c'est le débridement de la capsule rénale, comme l'admet Ollier, et l'évacuation des liquides purulents qui

©BIU Santé

produisent cette amélioration immédiate, tous les signes de la colique néphrétique ayant disparu. Si, après la néphrotomie, dans ces cas, il y a une fistule urinaire persistante, il sera facile de juger de la valeur physiologique du second rein, les troubles fonctionnels dus aux douleurs de coliques néphrétiques n'existant plus. Il sera toujours possible alors de faire la néphrectomie consécutive.

M. Duroziez : Ce qui m'a frappé dans ce que je viens d'entendre, c'est le fait du retentissement du rein malade sur le rein sain. C'est ainsi que nous pouvons nous expliquer pourquoi un poumon sain ne fonctionne pas quand l'autre est malade. Il doit y avoir là des phénomènes nerveux qui ne nous sont qu'incomplètement connus.

— M. Polaillon lit une observation d'*induration plastique du pénis. Rétraction de l'aponévrose palmaire.* (Sera publiée.)

M. Fraigniaud : J'ai vu deux cas de ce genre, l'un chez un goutteux de vieille date, qui est en voie de devenir un cancéreux; il a une induration du corps caverneux en anneau, de telle sorte que, dans l'érection, il y a comme un étranglement de la verge qui rend les rapprochements sexuels très pénibles. L'autre n'est ni goutteux, ni diabétique, mais il commence à présenter un état d'induration du corps caverneux qui rend l'érection difficile. Y a-t-il un traitement à opposer à ces altérations?

M. Polaillon : Ricord dit qu'il n'est jamais arrivé à aucun résultat thérapeutique : ni la section sus-cutanée, ni l'orthopédie ne lui ont jamais réussi. Peut-être cependant y aurait-il lieu d'essayer la section sous-cutanée et ensuite de chercher à redresser la verge par un appareil approprié?

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

La première séance du clinicat obstérical a eu lieu pour l'appel des candidats qui sont : MM. les docteurs Auvard, Fournel, Boissard, Bonnaire, Tissier, Loviot, Ollivier et Boisleux ; et pour la constitution du jury qui est composé de MM. les professeurs Pajot, président ; Tarnier, Guyon et Duplay.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1886, aura lieu le mardi 29 juin 1886, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1886.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Etienne. — Nous n'avons pu publier dans notre avant-dernier numéro la composition complète du jury, formé comme d'habitude, de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Lyon et de Saint-Étienne. Aux noms indiqués, il faut ajouter ceux de MM. Couturier et Paliard, le premier médecin, le second chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne. Trois candidats étaient en présence : MM. Garand, Guinand et Reynaud.

Le sujet de la composition du premier jour était : *Le système veineux de l'encéphale.* Il a été traité sobrement, mais avec précision.

La question du second jour avait pour titre : *L'artério-sclérose au point de vue anatomo-pathologique et clinique.* Elle a été en général bien exposée.

Le troisième jour, les candidats ont eu à apprécier *l'utilité du sulfate de quinine en dehors de la malaria* ; ils ont également fait preuve de connaisances étendues et de sagacité.

La malade du quatrième jour était une ancienne choréique ayant eu des crises d'hystérie et atteinte présentement de rétrécissemeut mitral léger, mais parfaitement caractérisé, et d'une légère parésie du côté gauche avec hémianesthésie. Le cas, comme on le voit, était complexe et d'une interprétation délicate. Quant au sujet du cinquième jour, c'était un cas fort net de tabes spasmodique. Le dernier jour surtout, dans la

©BIU Santé

consultation écrite qu'ils avaient à rédiger, les candidats ont montré un bon esprit clinique.

La Fortune, qui est femme, dit-on, aime les jeunes. Elle l'a prouvé une fois de plus en accordant ses faveurs au moins âgé des trois candidats, M. Garand, naguère encore interne des hôpitaux de Lyon, et dont la thèse toute récente a été analysée dans le un numéro du *Lyon médical*. M. Garand, par la maturité précoce de son esprit, méritait pleinement le succès qu'il a obtenu. Ce concours n'aura, d'ailleurs, pas été inutile à ses deux compétiteurs, dont on a pu apprécier les sérieuses qualités, et dont l'un, M. Reynaud, qui concourait pour la première fois, a révélé une grande distinction qui lui assure, croyons-nous, un triomphe certain à son prochain concours.

(*Lyon médical.*)

— M. le docteur Couturier est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Étienne, en remplacement de M. le docteur Fessy, démissionnaire.

— M. Gérard, agrégé de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, le dimanche 27 juin, dans le bois de Meudon.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse, à midi cinq minutes, pour la station de Bellevue.

Les capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre ; elles sont de la grosseur d'une pilule ordinaire et contiennent chacune cinq centigrammes de créosote et vingt-cinq centigrammes d'huile de foie de morue. A la dose de 6 à 8 capsules par jour, elles donnent d'excellents résultats et sont bien supportées par tous les malades.

CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLEANS

De Paris à la Bourboule et au Mont-Dore

Saison thermale de 1886.

A partir du 21 juin, un double service direct par trains express de jour et de nuit sera organisé entre Paris et Laqueuille, par Limoges et Ussel, pour desservir les stations thermales de la Bourboule et du Mont-Dore.

Les voitures affectées à ce service font le trajet entier *sans transbordement*.

Aller : départ de Paris (quai d'Austerlitz), 7 h. 45 matin et 8 heures soir ; arrivée à Laqueuille, 7 h. 55 soir et 7 h. 46 matin.

Retour : départ de Laqueuille, 11 h. 14 matin et 4 h. 42 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 47 soir et 4 h. 38 matin.

Nota. — Tous les trains ci-dessus contiennent habituellement des places de Lit-Toilette au départ de Paris et de Laqueuille.

Le durée du trajet en voiture, de Laqueuille à la Bourboule ou au Mont-Dore, est de 1 heure 30 minutes.

Buffets : Argenton, Laqueuille, Limoges, Ussel, Vierzon.

On délivrera des billets jusqu'au 15 septembre prochain :

A la gare de Paris, quai d'Austerlitz et au Bureau-Succursale, rue de Londres, nº 8.

Ces billets donnent 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 à la Bourboule ou au Mont-Dore.

Les bagages et les chiens sont enregistrés jusqu'à destination.

Prix des places dans chaque sens du parcours :

De Paris à la Bourboule ou au Mont-Dore ; 1re classe, 60 fr. 60 c. ; 2e classe, 45 fr. 60 c. ; 3e classe, 33 fr. 10 c.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

I. Ch. Eloy : La technique et les applications cliniques de la spectroscopie. — II. Bibliothèque : Traité pratique des maladies des pays chauds. — III. Intérêts professionnels : Les homœopathes devant l'Association des médecins du Rhône. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

La technique et les applications cliniques de la spectroscopie.

(*Hématoscopie et spectroscopie directe.*)

C'était un sujet neuf que celui dont M. le Dr Hénocque entretenait, le 23 mai et le 17 juin dernier, les auditeurs qui, le dimanche, en cette saison, prennent le chemin des conférences cliniques de l'hôpital Bichat. C'était surtout un sujet que notre savant confrère a su faire sien, par ses découvertes de laboratoire, ses recherches cliniques et l'ingénieuse instrumentation dont il est inventeur. Aussi, avant d'exposer les procédés techniques et les applications de la spectroscopie, doit-on le remercier d'avoir augmenté le patrimoine de la science française en dotant la médecine d'une méthode féconde.

I

La spectroscopie clinique consiste dans l'adaptation à la médecine pratique des procédés au moyen desquels l'astronome pénètre la composition métallique des corps célestes, le chimiste étudie quelques propriétés de la matière et le naturaliste les caractères du sang et des tumeurs. Les premières applications médicales du spectroscope ne datant pas d'aujourd'hui. Il y a vingt ans, en 1866, la médecine légale faisait appel à ses procédés : il y a dix ans, la physiologie les utilisait ; depuis, la toxicologie les a définitivement adoptés.

A quoi bon rappeler les propriétés du spectroscope et les caractères des images spectrales : spectres continus des gaz en ignition, spectres lumineux avec raies des corps métalliques, spectre de diffusion des substances opaques ou spectres d'absorption des liquides colorés ? De ces images, deux en particulier intéressent la médecine : le spectre d'absorption, normalement observé par l'examen des liquides organiques colorés à la lumière directe, et le spectre de diffusion obtenu sous l'influence de la lumière incidente.

L'une et l'autre, mais à des points de vue différents et avec une sensibilité inégale, permettent de noter la composition et la richesse normale du sang en matière colorante, les variations de l'oxyhémoglobine par l'action des agents médicamenteux ou des influences morbigènes, enfin la coloration des urines, du lait et d'autres humeurs.

S'il y avait quelque doute sur l'utilité de ces recherches, il suffirait de citer l'expérience fameuse de Jones, constatant avec le spectroscope la présence de la lithine dans le sang, quelques minutes après l'introduction sous la peau d'une petite quantité d'un sel de cette base, et de rappeler les beaux travaux de Hoppe-Seyler, de Prayer et de Vierordt.

Malgré leur incontestable utilité, ni la spectroscopie telle que l'employaient ces observateurs, ni la spectro-photométrie de Branly, de Lambling et de Quinquaud n'ont pu franchir le seuil des laboratoires, parce qu'elles exigent la dilution du liquide à examiner et nécessitent des appareils compliqués.

Exempte de ces inconvénients, la méthode de M. Hénocque met aux

mains du médecin étranger à l'hématologie, le moyen de reconnaître au jour le jour qualitativement et de doser quantitativement l'oxyhémoglobine, qui constitue l'élément le plus important du globule rouge.

Elle consiste dans l'*examen hématoscopique* combiné avec l'*examen de la surface sous-unguéale du pouce par la spectroscopie directe*.

L'*hémastocope*, instrument d'une extrême simplicité, consiste en deux lames de verre superposées, en contact par un de leurs bords et laissant entre elles, par le bord opposé, un écartement angulaire très aigu de forme prismatique. Dans l'espace ainsi limité, le sang forme une couche d'une épaisseur progressivement croissante de 0 à 300 millièmes de millimètre. Nulle au sommet de l'angle, là où les deux lames de verres sont en contact, la coloration de cette couche augmente vers le milieu de la plaque, et atteint son maximum là ou l'écartement des deux lames est le plus considérable.

Avec cet instrument, on reconnaît par transparence le degré de coloration du sang, c'est-à-dire la quantité de matière colorante contenue dans cette humeur.

Comment en obtenir une évaluation numérique? Le procédé d'examen du sang par la lumière diffuse et sur la porcelaine permet bien, il est vrai, d'en obtenir par comparaison une estimation relative ; mais de cette méthode à une exactitude réellement scientifique, la distance est grande, quelles que soient l'habileté et l'acuité visuelle de l'observateur.

Ici, une échelle graduée en lettres sur une lamelle en émail blanc permet de lire directement cette évaluation, en lui superposant le prisme des lames hématoscopiques et en observant le point où par transparence on cesse de voir la notation de l'échelle. Est-il besoin de le dire? On lit d'autant moins de lettres que le sang est plus riche en matière colorante. De plus, la graduation ayant été préalablement établie avec des solutions exactement titrées en oxyhémoglobine, cette simple lecture suffit pour connaître numériquement sur les tables la proportion centésimale de cette oxyhémoglobine dans le liquide soumis à l'examen.

Cette méthode a sa raison d'être dans les deux lois suivantes : 1° La loi de Vogel, ou loi d'absorption, s'énonçant ainsi : *La quantité de matière colorante ou d'oxyhémoglobine est proportionnelle à l'épaisseur de la couche de sang examinée;* 2° la loi des épaisseurs, ou la loi des distances, se formulant en ces termes : *Etant donné un des phénomènes optiques caractérisant l'oxyhémoglobine, ce phénomène apparaîtra toujours avec une même épaisseur ou à une même distance pour un sang renfermant la même quantité d'oxyhémoglobine.*

Deux corollaires complètent cette loi : 1° *Il existe une relation constante entre la richesse du sang en oxyhémoglobine et l'épaisseur observée;* ou, en d'autres termes, *le produit des épaisseurs par la quantité d'oxyhémoglobine est constant;* 2° *ces propriétés permettent de construire une échelle.*

Ces lois se démontrent par les mathématiques : des faits fort nombreux ont permis de les vérifier, et les observations hématoscopiques les confirment aujourd'hui. Pour sa part, M. Hénocque en a réuni plus de cinq cents.

Dans ce procédé simplifié, le spectroscope à vision directe sert seulement à la construction et à la vérification de l'échelle graduée de l'hématoscope. En combinant l'emploi de ces deux instruments, on peut aller plus loin, et, avec des précautions techniques, analyser quantitativement l'hémoglobine. C'est que, de par *la loi des distances*, il est manifeste qu'*un phénomène*

©BIU Santé

optique caractérisant l'oxyhémoglobine doit toujours apparaître à une même distance dans un sang normalement chargé de 14 *pour* 100 *d'oxyhémoglobine*. Parmi ces phénomènes optiques caractéristiques, M. Hénocque a choisi celui des deux bandes égales. Pour quel motif? Parce qu'il est photométrique, en ce sens qu'il dépend de la comparaison de l'obscurité des deux bandes, et parce que, de tous les caractères spectroscopiques de l'oxyhémoglobine, il est le plus facile à observer rigoureusement.

Il suffit d'ajouter, pour légitimer définitivement l'adoption de ce procédé, que, suivant la distance ou l'épaisseur, l'œil de l'observateur voit deux bandes égales dans l'hématoscope chargé de sang. Avec un simple spectroscope à vision directe, il évalue, au moyen d'une échelle et sans calcul, la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang, préalablement recueilli à la pulpe de l'un des doigts par une piqûre d'aiguille.

II

Le *procédé hématoscopique de l'examen de l'ongle* a été inspiré à M. Hénocque par la discussion de ces mêmes lois et par la critique raisonnée des essais de Stofmann, Stroganoff, Fumouze, Mac-Munn, et surtout de Vierordt.

Il consiste dans l'examen de la surface unguéale du pouce à la lumière du jour et avec le spectroscope à vision directe. On aperçoit ainsi la première bande d'absorption du sang, masquant le jaune à droite de la raie D du spectre, ou, pour parler en langage spectrographique, entre 543 et 553 millionimètres d'onde. Vers la raie E, on voit parfois la seconde bande entre 545 et 555 millionimètres, chiffres d'ailleurs variables pour chaque observateur.

Qu'on applique une ligature autour de la phalange unguéale du pouce, la deuxième bande disparaît graduellement après 25 à 35 secondes. Plus tard, de la cinquantième à la quatre-vingtième seconde, la deuxième s'efface et le jaune paraît seul dans le champ spectroscopique. C'est le moment du *virage;* le temps écoulé depuis l'application de la ligature exprime la *durée de la réduction de l'oxyhémoglobine*.

Comment expliquer ces phénomènes? Normalement artérialisé, le sang présentait les deux bandes caractéristiques du spectre de l'oxyhémoglobine. Pendant la désoxygénation consécutive à la ligature, le territoire vasculaire de la phalange unguéale continue à consommer de l'oxygène, le sang devient veineux, change de couleur, la peau prend une teinte livide et l'oxyhémoglobine se réduit.

Dès lors, la durée plus ou moins grande de la réduction de l'oxyhémoglobine est en rapport avec la richesse du sang en matière colorante. Son évaluation donne une approximation de cette richesse et permet d'estimer l'activité de la nutrition interstitielle des tissus et l'activité des échanges, tous renseignements d'une utilité clinique incontestable.

III

Quelle est la durée de cette réduction? Elle varie suivant les sexes et suivant les âges ; elle varie bien encore pour un même individu suivant les époques de l'année, le séjour hors de la ville, l'influence du régime ou les heures de la journée ; mais, en tenant compte de ces variations, ses limites physiologiques moyennes sont de 55 à 65 secondes dans l'état de santé.

BIU Santé

Par contre, les états pathologiques la modifient, l'abaissent ou l'annulent. Elle peut descendre au-dessous de 30 secondes. La bande spectroscopique caractéristique, après ou même avant la ligature, peut même manquer, et M. Hénocque a observé le « zéro seconde » chez les cancéreux et les cachectiques aux approches de la terminaison fatale, ou pendant la convalescence de la diarrhée de Cochinchine.

Dans l'anémie par hémorrhagie, cette durée descend à 30 et 40 secondes : elle diminue encore sous l'influence de la diète, des médications antithermiques, pour augmenter sous l'influence du retour à la santé. Ces changements ne portent pas seulement sur la durée de la réduction ; ils se traduisent aussi par des modifications de la bande spectroscopique en largeur.

Instrument fondamental de la méthode de M. Henocque, l'hématoscope, employé seul ou associé avec la spectroscopie de la surface sous-unguéale du pouce, permet l'analyse spectrale du sang, l'évaluation quantitative de l'oxyhémoglobine, la constatation au jour le jour des modifications de l'hémoglobine, notions utiles pour diriger la médication des anémies, de la chlorose, des cachexies, pour juger de l'influence des agents médicamenteux, et pour mesurer les changements qualitatifs du sang sous l'influence des ferrugineux, des eaux minérales, des traitements thermaux, comme notre confrère l'a fait sur des malades d'Aix-les-Bains, et sous l'influence des modificateurs de l'hématose : nitrites d'amyle et de sodium, paraldéhyde, thalline, antipyrine et uréthane.

C'est ainsi que dans des recherches sur les alcaloïdes du quebracho, j'ai pu, avec M. Huchard, sur les indications de M. Hénocque et dans son laboratoire, constater la diminution quantitative de l'hémoglobine par l'action de la quebrachine, de l'aspidospermatine, de l'hypoquebrachine et de l'aspidospermine, substances qui abaissent la température, sans altérer qualitativement la matière colorante du sang. Le mercure, l'arsenic, l'iodure de potassium, provoquent aussi des changements dans la composition du sang. Leur connaissance ne serait pas moins importante à étudier, dans le cours des médications de longue haleine, dont ils sont les agents, car elle permettrait d'en mesurer l'action thérapeutique et le degré d'efficacité.

Je n'insiste pas sur les applications physiologiques de ce procédé, ni sur l'intérêt de ces recherches dans la série animale ou végétale. Multiplier les exemples serait aisé. Cette méthode a déjà fait ses preuves au point de vue tout spécial de la médecine pratique, le seul qui nous occupe ici. Nonobstant quelques précautions techniques, l'hématoscopie et la spectroscopie directe du sang constituent donc un procédé exact, fidèle et simple entre toutes les mains, qu'il s'agisse d'hématologie, d'urologie, ou bien encore de l'analyse d'autres humeurs.

Les travaux de notre savant confrère contribueront heureusement à étendre le champ de l'investigation clinique ; les praticiens ont tout profit à les connaître et à en adopter la méthode, car les succès acquis assurent la fécondité de la moisson future. Ch. Eloy.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique des maladies des pays chauds, par le docteur Fernand Roux. — Paris, 1886 ; G. Steinheil.

« A l'époque où nous vivons, il se fait entre les populations les plus éloignées de tels

©BIU Santé

mélanges, les communications se sont multipliées à un tel point, qu'un médecin véritablement instruit sent le besoin d'avoir des données précises sur des maladies qu'autrefois il n'aurait jamais eu l'occasion de voir. En effet, sans parler du choléra qui règne quelquefois dans nos pays et des fièvres intermittentes qu'on y observe encore assez fréquemment, combien de fois un médecin n'aura-t-il pas à soigner des malades revenus des contrées tropicales, d'où ils auront rapporté le germe d'une affection quelconque ? Est-ce que la cachexie paludéenne grave, les affections du foie, les maladies de peau, contractées dans une région lointaine, ne fournissent pas un contingent de plus en plus considérable à la pratique médicale ? » Aussi, croyons-nous que le public médical accueillera avec faveur le traité du docteur Roux.

Cet ouvrage, consacré à l'étude des maladies infectieuses des pays chauds, comprend les dix-sept chapitres suivants : Choléra, fièvre jaune, peste, fièvres paludéennes, fièvres pernicieuses, fièvres larvées, cachexie paludéenne, accidents d'origine paludéenne, fièvre rémittente, fièvre continue paludéenne, fièvre récurrente, fièvre typhoïde bilieuse, fièvre de Malte, ponos ou maladie d'Hydra, fièvre fluviale du Japon, dengue, béribéri.

La plupart de ces maladies, le docteur Roux a pu les étudier de près, comme médecin de la marine, au Bengale et à Chandernagor. Mais ce ne sont pas seulement ses idées personnelles qu'il expose dans ce traité, et il a su mettre largement à contribution, tout en les soumettant à une fine critique, les travaux les plus récents portant sur cette partie de la pathologie.

Dans l'étude des maladies infectieuses, on conçoit que la pathogénie occupe une place importante, ainsi s'expliquent les développements que lui consacre le docteur Roux à propos de chaque affection. Sans être hostile aux théories microbiennes, il ne les accepte toutefois qu'avec la plus grande réserve. C'est ainsi, par exemple, qu'après avoir passé en revue les différents microbes auxquels on a attribué les fièvres paludéennes, il écrit :

« Les microbes de Laveran ne sont pas les premiers qu'on a trouvés et ne seront certainement pas les derniers qu'on découvrira dans le sang des paludiques. Autant d'auteurs, autant de microbes différents. » Et plus loin il conclut avec Cornil : « comme on ne trouve de bactéries ni dans les organes, ni dans le sang des malades qui succombent à la fièvre intermittente, on est tenté de supposer que l'agent virulent siège à la surface des muqueuses et que des poisons chimiques, nés sous l'influence de microorganismes, pénètrent de là dans le sang. Ils agiraient ensuite sur les globules rouges du sang. » Pour la genèse du choléra, la théorie de Koch ne satisfait pas davantage le docteur Roux ; et la valeur pathogénique du bacille virgule ne lui paraît pas suffisamment démontrée : « Quant au bacille lui-même, dit-il, sans nier son existence, nous croyons prudent de penser qu'il n'a pas l'importance capitale que l'auteur lui accorde.... Du reste, devant la masse de faits contraires à sa théorie qu'on lui a présentés, Koch et d'autres médecins, tels que Bouchard, supposent maintenant que le microbe sécrète une ptomaïne qui devient alors l'agent infectieux. A cela Peter fait observer avec raison que la ptomaïne devrait être d'autant plus abondante que le nombre de bacilles est plus grand. Mais c'est justement dans les cas foudroyants qu'on trouve le moins de bacilles, quelquefois même, dans ces cas, on n'en trouve pas du tout. Il faudrait donc admettre qu'il se forme d'autant plus de ptomaïne qu'il y a moins de bacilles. On voit à quelles conséquences on arrive, quand on sort du domaine de l'observation pour entrer dans celui de l'hypothèse. »

Ces quelques citations suffisent à montrer dans quel esprit est écrit cet ouvrage. Aussi n'est-ce pas sans une certaine hésitation que l'auteur fait entrer le béribéri dans le cadre des maladies infectieuses, et, malgré des travaux récents et très importants, il ne serait pas surpris que l'avenir le rangeât dans une autre catégorie.

Quelque opinion que l'on ait sur la nature des maladies décrites dans ce volume, on n'en reconnaîtra pas moins que l'auteur y fait preuve d'érudition ; l'anatomie pathologique est traitée avec grand soin, les descriptions cliniques sont claires et précises, chaque chapitre est une monographie intéressante et, ce qui ne gâte rien, l'édition est des plus soignées. — Dr E. Deschamps.

©BIU Santé

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES HOMOEOPATHES DEVANT L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHONE.

Dans les annales de l'Association, la journée du 29 mai dernier est l'une de celles qu'on doit, comme l'écrivait Amédée Latour, marquer d'un petit caillou blanc. C'était le jour où, sous la présidence de M. Bouchacourt, nos confrères du département du Rhône ont pu « constater la prospérité croissante de la grande œuvre confraternelle des mé- « decins de France et en particulier du groupe lyonnais, dont le nombre va dépasser « maintenant le chiffre le plus élevé qu'il ait atteint jusqu'ici : 241 membres. »

Dans cette séance, il n'a pas été seulement question de la prospérité de l'Association et de l'influence qu'elle exerce autour d'elle ; l'ordre du jour annonçait aussi l'examen du vœu adopté par l'Assemblée du 18 mars relativement à l'adoption de mesures *propres à éviter l'introduction ou le maintien parmi les membres de l'Association des médecins homœopathes ou similaires.*

Les résolutions de l'Association lyonnaise ont été formelles et ont reçu l'adhésion unanime des membres présents à la réunion. Rappelant que les fondateurs de la Société « n'ont eu en vue de créer l'Association qu'au profit de médecins dont les doctrines et les « pratiques professionnelles, conformes aux leurs, seraient puisées dans l'enseignement et « les traditions des écoles de médecine et des hôpitaux », rappelant aussi que depuis son origine le groupe lyonnais a pris soin de n'admettre que des médecins unis par un même fonds de doctrine et une même entente de l'exercice professionnel, l'assemblée générale a déclaré : « que l'admission des médecins homœopathes ou similaires est directement « contraire au but et aux traditions de l'Association » et « que, si un membre de l'Asso- « ciation venait, dans le cours de sa carrière, à introduire dans la pratique profession- « nelle des procédés homœopathiques ou similaires, il se trouverait, par ce seul fait, « en dehors des conditions exigées pour être admis ou maintenu » dans le cadre de cette Association et par conséquent perdrait tout droit aux avantages sociaux.

Cette résolution tranche la question des rapports de l'Association lyonnaise avec les médecins dissidents. Par sa fermeté, il retiendra sans doute les hésitants et rappellera au devoir professionnel les défaillants sur le point de céder à des pratiques que la tradition médicale réprouve. Qu'on l'approuve ou non dans sa forme, cette délibération témoigne de la virilité et de la fermeté de conduite de l'Association lyonnaise.

Ch. E.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Présentation. — Ablation des tumeurs du pharynx. — Portes d'entrée de l'ostéomyélite. — Des courbures et rétrécissements aortiques dans le mal de Pott. — Suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne. — Rapports : Tumeur fibro-cystique développée dans l'épaisseur du ligament large; laparotomie; guérison. — Fistule borgne interne du rectum; rectotomie linéaire; guérison. — Tumeur utérine enlevée par la ligature élastique. — Traitement de l'hydrocèle par l'incision des bourses et l'excision de la vaginale. — Abcès tuberculeux de la paroi abdominale.

M. RICHELOT présente, de la part de M. le docteur Millot-Carpentier, un exemplaire de la deuxième partie d'un ouvrage intitulé : *Notes chirurgicales d'un médecin de campagne.*

— M. VERNEUIL prend la parole à l'occasion du procès-verbal. Au procédé opératoire employé par lui pour pratiquer l'ablation d'un adéno-myome du pharynx, M. Monod a objecté surtout les délabrements produits par l'opération, auxquels il attribue en partie a mort du malade. M. Verneuil déclare que les délabrements n'avaient rien d'excessif;

©BIU Santé

seulement, pour faciliter l'antisepsie, au lieu de fermer la porte du champ opératoire, il l'a laissée ouverte. Suivant lui, les deux points culminants de la chirurgie des tumeurs du pharynx consistent, d'une part, à ouvrir largement l'accès de la tumeur et, d'autre part, à laisser cette ouverture béante pendant longtemps pour surveiller le point d'implantation du néoplasme et guetter la récidive.

— M. Terrier, dans la courte discussion qui a suivi la communication de M. Lannelongue sur les portes d'entrée de l'ostéomylite, avait dit qu'il n'existait pas dans la science, du moins à sa connaissance, un seul exemple d'ostéomyélite infectieuse développée chez les animaux. De l'enquête à laquelle il s'est livré depuis la dernière séance, il résulte qu'en effet les animaux jeunes n'ont jamais l'ostéomyélite propre à l'espèce humaine. Or, c'est sur un jeune poulain de son écurie que M. Lannelongue aurait observé le cas d'ostéomyélite infectieuse qui a été le sujet de sa communication.

M. Lannelongue répond qu'il a vu hier, à l'Académie, un vétérinaire des plus distingués de l'Ecole d'Alfort, M. Nocard, qui a été, sur ce sujet, beaucoup moins affirmatif que M. Terrier.

— M. Lannelongue communique cinq observations de courbures et rétrécissements aortiques dans le mal de Pott.

Les déviations imposées à l'aorte par les déformations osseuses qui caractérisent le mal de Pott sont antérieures ou latérales, ou bien à la fois latérales et antéro-postérieures. D'habitude, c'est le tronçon supérieur qui est porté d'un côté ou de l'autre, plus souvent à droite qu'à gauche. Par suite de ce déplacement, l'aorte se rapproche de la gouttière vertébrale latérale, sans pour cela s'enfoncer dans la gouttière elle-même; elle est d'ailleurs fréquemment soulevée par des produits néoplasiques ou par des poches d'abcès. Aussi les courbures latérales ne sont-elles pas considérables, ou du moins elles attirent peu l'attention.

Il n'en est pas de même des *courbures antéro-postérieures*. Celles-ci peuvent être énormes et portées au point que l'aorte décrit un S à branches très courtes et rapprochées parfois jusqu'au contact. Ces dernières courbures ne sont pas rigoureusement antéro-postérieures, c'est-à-dire que l'aorte ne plonge pas directement dans le creux ou dans l'angle rentrant de la gibbosité. Si on suit le vaisseau de haut en bas, on le voi dévier latéralement d'abord, puis changer brusquement de direction et se diriger d'avant en arrière vers l'angle rentrant, puis enfin suivre un trajet inverse.

Après avoir donné le résumé des observations et mis sous les yeux de ses collègues les dessins des lésions aortiques constatées à l'autopsie, M. Lannelongue ajoute : « On omprend, par l'examen de ces pièces, qu'un obstacle incomplet, mais certain, à la circulation aortique a dû exister du fait des courbures et des rétrécissements de ce vaisseau.

« Je n'ai jamais observé de gangrène, même limitée, du côté des membres inférieurs, ce qui semble indiquer que l'interruption de la circulation n'existe jamais; mais je suis porté à penser qu'un certain nombre de troubles congestifs, peut-être même l'œdème, sont dus à une circulation aortique moindre au-dessous de la gibbosité. Certaines parésies, qu'on n'explique pas toujours par la déformation du mal de Pott, sont peut-être dues à cette cause. Ces phénomènes sont parfois passagers, durent huit ou dix jours, ou plus longtemps, puis ils disparaissent; on peut se demander si un trouble circulatoire passager n'en serait pas l'origine. Quoi qu'il en soit, les courbures aortiques constituent dans quelques cas un obstacle réel à la circulation de ce vaisseau, et on y observe un bruit de souffle qui en témoigne. Ce bruit de souffle est perçu au stéthoscope sur la paroi abdominale, sur la ligne médiane, au voisinage de l'ombilic.

« Enfin, une autre conséquence du rétrécissement aortique est la dilatation du cœur. Sur un cadavre, nous avons rencontré une hypertrophie manifeste avec dilatation des cavités du cœur. Ces modifications aortiques du mal de Pott ont très peu attiré l'attention; il faut même faire des recherches bibliographiques assez considérables pour trouver des faits qui s'y rapportent. »

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'uréthrotomie interne. La

©BIU Santé

parole est à M. Le Dentu dont la communication si intéressante sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la divulsion et l'uréthrotomie a été le point de départ de ce débat.

« La question que je me proposais de résoudre, dit l'orateur, est celle-ci :

L'uréthrotomie interne ou externe est-elle la seule méthode applicable au traitement des rétrécissements contre lesquels la dilatation se montre insuffisante ?

La discussion actuelle a pris une allure différente de celles de 1863 et de 1865.

Celles-ci ont établi la valeur de l'uréthrotomie par rapport à la dilatation. Mais l'instrument de Maisonneuve n'était pas employé presque généralement comme aujourd'hui. De plus, certains chirurgiens admettaient alors qu'on pouvait se passer de la dilatation ultérieure. Nous admettons aujourd'hui la nécessité de cette dilatation et la bénignité ordinaire de l'uréthrotomie interne.

Nous ne sommes plus guère en désaccord que sur la nécessité de la sonde à demeure et sur le moment où il faut commencer la dilatation ultérieure.

Je crois qu'il ne faut la commencer que quand la plaie uréthrale est cicatrisée.

Au point de vue des causes de mort, je crois surtout à l'influence des lésions rénales. Elles sont démontrées ordinairement par les autopsies où on se donne la peine de les chercher.

Mais il s'en faut que tous les malades atteints de lésions rénales succombent. Les uns meurent, les autres guérissent, et ceux-ci sont sans doute en majorité.

La dilatation ultérieure doit être poussée jusqu'au numéro 44 ou 46 de la filière Béniqué, sans quoi le résultat doit être considéré comme Incomplet.

J'ai fait deux autres divulsions, qui portent ma série à 26 cas, se décomposant en : 21 bons résultats ; 3 résultats incomplets ; 2 morts.

L'un de ces malades était presque mourant et avait de la rétention d'urine.

Le cas d'infiltration d'urine de M. Horteloup est le seul qui puisse être mis au passif de l'uréthrotomie. Je n'ai pas observé cet accident ; mais, dans deux uréthrotomies, j'ai trouvé le canal entièrement coupé.

Je termine donc en disant que la divulsion est une opération qui ne paraît ni plus dangereuse ni moins efficace que l'uréthrotomie interne, et qu'elle offre peut-être certains avantages qui sont résumés dans mes conclusions.

Je maintiens celles-ci sauf quelques réserves relatives aux cas d'induration des tissus du périnée avec fistules multiples. »

— M. Terrier croit devoir appeler l'attention de ses collègues sur l'emploi des antiseptiques dans la préparation des malades auxquels on se propose de faire l'uréthrotomie interne, ou, d'une manière générale, une opération sur les voies urinaires.

Les instruments sont trempés dans la solution phéniquée forte ; les sondes sont plongées dans la solution d'acide borique ; enfin, toutes les fois qu'il s'agit de pénétrer dans l'urèthre, M. Terrier enduit les instruments de vaseline au bichlorure de mercure au millième.

Il y a aussi l'antisepsie vésicale. M. Terrier fait prendre à ses malades de 15 à 17 grammes de borax, soit 5 gr. 60 à 6 gr. 50 d'acide borique, dans les 24 heures, en solution dans un demi-litre d'eau environ. A cette dose, absolument exempte d'inconvénients, l'acide borique se retrouve très facilement dans les urines ; et cette élimination, maintes fois constatée par M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, est tellement intense que les parois des bocaux contenant les urines sont tapissées de cristaux d'acide borique. Malgré cette proportion de borax, les urines restent acides, elles ne subissent pas la fermentation ammoniacale.

Enfin, si l'élimination du borax se fait très rapidement et en grande quantité dès le jour de l'administration du médicament, cette élimination se continue les jours suivants malgré la cessation de toute ingestion de borax.

— M. Championnière lit un rapport sur une observation de M. le docteur Le Bec, intitulée : *Tumeur fibro-cystique développée dans l'épaisseur du ligament large, laparotomie, guérison.*

— M. Périer donne lecture de deux rapports, le premier sur une observation de M. le

©BIU Santé

docteur Dubar (de Lille) intitulée : *Fistule borgne interne du rectum, rectotomie linéaire, guérison ;* le second sur une observation de M. le docteur Poncet (de Lyon) ayant pour titre : *Tumeur utérine traitée par la ligature élastique,* guérison.

Au sujet du premier rapport, M. Verneuil fait observer que la rectotomie linéaire, qu'il a très souvent pratiquée, a l'avantage de donner beaucoup de jour quand il s'agit, en particulier, d'aborder un rétrécissement de nature néoplasique.

M. Championnière partage entièrement sur ce point la manière de voir de M. Verneuil et ajoute que la rectotomie linéaire a en outre l'avantage de rendre l'ablation du néoplasme facile et rapide.

— Après le second rapport, qui a trait à l'ablation des tumeurs utérines par la ligature élastique, une courte discussion s'engage sur la question de savoir s'il est toujours possible de distinguer ce qui appartient à la tumeur de l'organe utérin lui-même. MM. Tillaux et Guéniot pensent que cette distinction peut toujours se faire par l'exploration attentive de la sensibilité et de la consistance des parties. Dans les points où la piqûre d'une épingle éveille de la douleur et ne révèle pas une grande résistance, c'est à la muqueuse utérine qu'on a affaire ; si la piqûre ne provoque pas de douleur et si l'instrument ne pénètre pas dans les tissus et se courbe, c'est la tumeur que l'on a sous la main.

MM. Marc Sée et Palaillon pensent, au contraire, que l'on peut être induit en erreur si l'on se fie absolument à la valeur de ces signes.

— M. Paul Reclus communique un travail basé sur cinq observations d'hydrocèles traitées par l'incision des bourses et l'excision de la vaginale. De ces faits l'auteur croit pouvoir tirer la conclusion suivante :

« Le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée est bon, il doit rester le procédé de choix ; l'incision du scrotum avec résection de la séreuse, opération plus délicate et qui nécessite une éducation chirurgicale supérieure, ne lui sera donc substituée que dans des cas spéciaux. On la préférera dans les hydrocèles congénitales ou compliquées de hernies volumineuses ; pour les pachyvaginalites avec ou sans corps étrangers libres ou adhérents ; on la préférera encore pour les hydrocèles multiloculaires et pour les épanchements symptomatiques, lorsqu'on désire être fixé sur les attérations de la glande ; elle pourra n'être alors que le premier temps d'une opération plus complète ; on la préférera enfin pour les hydrocèles récidivées, ou même, mais ici l'indication est plus contestable, lorsque le malade, pressé par le temps, réclamera le procédé le plus expéditif. »

M. Bichelot partage l'opinion de M. Reclus au sujet de l'excellence de l'incision antiseptique dans le traitement de l'hydrocèle. Il a pratiqué trois fois cette opération, et les résultats qu'il a obtenus lui permettent d'affirmer que l'incision antiseptique entre les mains d'un bon chirurgien est la méthode de choix, lorsque l'hydrocèle est ancienne et la tunique vaginale épaisse. Le pansement doit être très soigné et fait notamment avec l'iodoforme, qui est un bon antiseptique et n'irrite pas les tissus. La ponction avec injection iodée reste d'ailleurs le traitement des cas ordinaires.

M. Tillaux depuis vingt-cinq ans pratique la ponction avec injection iodée et n'a jamais éprouvé le besoin de changer de méthode. Au bout de huit jours ses malades ont pu marcher ; il n'a jamais vu de récidive.

Donc jusqu'à nouvel ordre M. Tillaux déclare qu'il n'est pas converti à la nouvelle méthode.

M. Marchand dit qu'il n'a jamais eu l'occasion d'appliquer la méthode de l'incision ; des hydrocèles anciennes avec épaississement de la tunique vaginale ont guéri entre ses mains par la ponction avec injection iodée.

M. le docteur Le Bec lit une observation d'abcès tuberculeux de la paroi abdominale. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission. — A. T.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1886. — Présidence de M. Guyot.

Sommaire. — *Nouvelle médication des états typhoïdes, par l'acide benzoïque et l'acide salicylique. — Pneumonie lobaire à foyers successifs. — Tolérance pour l'opium à doses rapidement croissantes. — Corne du cuir chevelu.*

M. Robin fait la critique de la médication antipyrétique telle qu'elle est généralement employée, et propose de lui substituer une nouvelle médication applicable aux états typhoïdes, dans lesquels le danger résulte de ce que l'organisme est encombré de résidus organiques incomplètement oxydés. Si ces résidus s'éliminent difficilement, c'est qu'ils sont très peu solubles dans les humeurs de l'économie. Or il existe des médicaments qui, en se combinant aux résidus azotés de l'organisme, les rendent plus solubles et par suite en favorisent l'élimination. Telle est la théorie de la méthode que M. Robin désigne sous le nom de solubilisation par combinaison. Les médicaments solubilisants sont surtout l'acide salicylique et l'acide benzoïque qui, en se combinant avec des radicaux azotés, tels que le glycocolle, passent dans les urines à l'état d'acide salicylurique et d'acide hippurique.

M. Robin a essayé d'abord l'action physiologique de l'acide benzoïque et des benzoates, de soude surtout, sur les combustions, en les administrant à des individus bien portants soumis préalablement pendant quelques jours au régime d'entretien. Il a constaté que, sous l'influence de ces médicaments, les matériaux solides diminuent légèrement dans les urines, que l'urée s'abaisse beaucoup et que, par suite, il y a diminution du rapport de l'urée aux matériaux solides. On pourrait être tenté d'attribuer par conséquent à l'acide benzoïque le rôle de modérateur des combustions, mais ce n'est là qu'une apparence ; en réalité les combustions ne diminuent pas, mais l'acide benzoïque entraine au dehors une partie du combustible.

Ayant ensuite administré l'acide benzoïque à cinq typhiques, M. Robin a vu augmenter les matières solides et l'urée dans leurs urines. Le même résultat est obtenu par l'acide salicylique et ses sels.

Outre ces médicaments, il y a d'autres corps qui se transforment en acide benzoïque et fixent de l'azote en traversant l'économie. Tels sont sont le toluène, le xylène, etc. acide toluique, l'éthyl et la propylbenzine, certains dérivés chlorés et nitrés de l'acide, benzoïque, etc. On pourra désormais chercher à les utiliser en thérapeutique. Il en est qui, comme les acides métanitro et métachlorobenzoïque, ne peuvent servir parce qu'ils sont trop peu solubles ; mais M. Robin a tiré quelques avantages de l'emploi de l'acide méthylsalicylique, qui, moins hypothermisant que l'acide salicylique, est aussi moins nocif pour les centres nerveux : si on administre 6 grammes de cet acide, on retrouve dans les urines 4 grammes seulement d'acide méthylsalicylurique. L'acide anisique, qui s'élimine à l'état d'acide anisurique a été employé à la même dose, il a l'inconvénient d'être faiblement soluble, il n'abaisse que peu la température. L'acide phénylacétique, employé aussi à 6 grammes, se retrouve à la dose de 4 à 5 grammes dans les urines sous la forme d'acide phénacéturique.

M. Robin pense qu'il ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique de la fièvre typhoïde et de tous les états typhoïdes, qui, lorsqu'ils apparaissent au cours des pyrexies, sont le résultat de la rétention dans les tissus de déchets incomplètement oxydés.

M. Renaut lit une observation de pneumonie lobaire à foyers successifs, au cours de laquelle trois foyers de râles crépitants et de souffle furent successivement constatésr deux dans le poumon droit et un dans le gauche. M. Renaut écarte les hypothèses de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie en se basant sur la marche de l'affection, en particulier sur la défervescence brusque.

M. Rendu se demande s'il ne s'agissait pas d'une localisation de la grippe sur l'appareil respiratoire ; on connaît depuis lontemps les faits de pneumonie serpigineuse ou, comme le disait Gueneau de Mussy, érysipélateuse, sans lui attacher la signification d'érysipèle du poumon.

M. Renaut pense qu'il s'agissait bien de foyers isolés et distincts de pneumonie, car

©BIU Santé

entre eux existaient des zones de séparation très nettes au niveau desquelles on ne percevait aucun signe stéthoscopique morbide, pas même de bronchite.

M. R. Moutard-Martin a dans son service un homme de 50 ans atteint de bronchite tuberculeuse. On lui avait prescrit d'abord 0,10 centigr. d'extrait thébaïque chaque jour, pendant un mois, puis 0,15 et 0,20 centigr. A partir de ce moment, en augmentant chaque jour de 5 centigr., on a élevé en cinq jours la dose quotidienne d'opium à 0,45 centigr. sans que le malade ait eu ni rétrécissement pupillaire, ni constipation, ni sécheresse de la langue; la toux a diminué à peine; le malade ne dort que cinq heures par nuit et n'a aucune somnolence diurne. Le médicament est donné en potion sous les yeux même de la surveillante.

M. Rendu pense qu'il serait bon d'acheter de l'extrait thébaïque dans une bonne pharmacie de la ville et de le donner graduellement aux mêmes doses à ce malade pour s'assurer que la prétendue tolérance n'est pas explicable par la mauvaise qualité de l'extrait thébaïque des hôpitaux.

M. Desnos pense qu'en général les médicaments de cet ordre livrés par l'administration sont de bonne qualité. Il rappelle la tolérance si excessive de certains morphiomanes; un malade de M. Hérard prenait 2 grammes de morphine par jour en injections sous-cutanées.

M. Sevestre a vu un malade qui en absorbait 1 gr. 50.

M. Moutard-Martin connait bien ces faits, mais le point qui lui paraît curieux chez son malade, c'est la rapide et inoffensive augmentation de la dose, puisqu'en 5 jours on l'a portée de 0,20 à 0,45 centigrammes.

M. Vidal présente une production cornée spiroïde de 21 centimètres de long enlevée du cuir chevelu d'une femme par M. Dubrandy (d'Hyères). Les cas de ce genre ne sont pas communs; il a vu pourtant chez un même sujet plusieurs cornes et quatre loupes du cuir chevelu. Deux de ces kystes sébacés s'étant ulcérés, une production cornée s'était mise à pousser dans le fond de l'ulcération. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de juin 1886.

Du mardi 1er au vendredi 4. — Pas de thèses.

Samedi 5. — M. Cannac : Etude sur les déterminations pleurales de la grippe. (Président, M. Ball.) — M. Pardo de Tavera : Contribution à l'étude des métrorrhagies au début de la grossesse. (Président, M. Duplay.) — M. Colonna : Du traitement chirurgical de l'ophthalmie sympathique au moyen de l'énervation. (Président, M. Duplay.) — M. Florentin : Des divers modes de traitement du genu valgum. (Président, M. Le Fort.) — M. Delattre : De l'amputation de la jambe au lieu d'élection. (Président, M. Le Fort.)

Du lundi 7 au mercredi 9. — Pas de thèses.

Jeudi 10. — M. Florentin : Des divers modes de traitement du genu valgum. (Président, M. Le Fort.) — M. Delattre : De l'amputation de la jambe au lieu d'élection. (Président, M. Le Fort.)

Vendredi 11. — Pas de thèses.

Samedi 12. — M. Revilliod : Notes cliniques sur les maladies des enfants. (Président, M. Peter.) — M. Soubhy-Saleb : Contribution à l'étude de la docimasie. (Président, M. Brouardel.)

Du lundi 14 au mercredi 16. — Pas de thèses.

Jeudi 17. — M. Parizot : De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Président, M. Duplay.) — M. Bonand : Contribution à l'étude des plaies pénétrantes avec corps étrangers de l'orbite. (Président, M. Duplay.)

Vendredi 18. — M. Legrand : Essai sur la syphilis post-conceptionnelle. (Président, M. Fournier.) — M. Druillet : De l'ectrodactylie. (Président, M. Lannelongue.)

©BIU Santé

Samedi 19. — M. Thoumas : Du traitement antiseptique de l'ulcère à hypopyon. (Président, M. Panas.) — M. Raison : Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations de chlorure de méthyle et d'éther. (Président, M. Proust.)

Lundi 21. — Pas de thèses.

Mardi 22. — M. Legrand : Contribution à l'étude des fractures de cuisse compliquées de plaies. (Président, M. Duplay.) — M. Bourdel : De la spléno-pneumonie. (Président, M. Grancher.)

Mercredi 23. — Pas de thèses.

Jeudi 24. — M. Gazala : Essai sur la cause de la mort naturelle ou physiologique. (Président, M. Laboulbène.) — M. Jaillet : Des laits fermentés et de leurs usages thérapeutiques. (Président, M. Brouardel.) — M. Boussumier : Etude sur un cas de vomissements fécaloïdes dans le cancer de l'estomac. (Président, M. Brouardel.)

Vendredi 25. — M. Drouault : Des hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires. (Président, M. Vulpian.) — M. Wroblewski : De l'emploi de la pilocarpine dans l'hystérie. (Président, M. Damaschino.)

Du samedi 26 au mardi 29. — Pas de thèses.

Mercredi 30. — M. Morisse : De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfocarbonée. (Président, M. Potain.) — M. Roland : Traitement de l'urémie. (Président, M. Damaschino.) — M. Ayala : Des portes d'entrée de l'ostéomyélite. (Président, M. Lannelongue.) — M. Dufour : De l'étiologie et de la nature du tétanos. (Président, M. Lannelongue.)

FORMULAIRE

Pansement de la vulvite aphtheuse. — Sarazin.

Dans le cas de vulvite aphteuse, qui peut survenir principalement à la suite de la rougeole, chez les petites filles de 2 à 5 ans, et qui se complique parfois de gangrène de la vulve, l'auteur recommande le pansement suivant : à l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme, et sans détersion préalable, on couvre la région enflammée d'une épaisse couche de cette poudre, puis on interpose entre les grandes lèvres, une certaine quantité de charpie. Le pansement est renouvelé de la même manière toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à guérison. — Traitement général approprié à l'état du sujet. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie vient de se terminer. Ont été nommés : MM. Delbet, Sebileau, Potherat, Récamier, Lyot et Thiery.

— Un concours pour la nomination à six places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille, sera ouvert le 2 août 1886, 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 neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 26 juillet inclusivement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tavenaux, récemment nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris ; Moroux, de Saint-Benoit du Sault ; Peruy, médecin principal en retraite ; Bocamy, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan ; Luciani (de Moca Croce) ; Deval (de Pontaumur) ; Petit (de Dijon) ; et Severin Caussé (d'Alby).

©BIU Santé

— La dernière épreuve définitive du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris, s'est terminée mercredi 23 juin 1886, par la nomination de M. le docteur Auvard.

— Un service médical de nuit, calqué sur celui qui rend de si importants services à la population parisienne, vient d'être organisé à Vienne (Autriche), par l'initiative de notre savant et philanthrope confrère, M. le docteur baron Mundy.

Hospice d'Amiens. — Par suite de la retraite de MM. Lenoël, chirurgien-accoucheur de l'Hôtel-Dieu, et Dheilly, médecin des Incurables, M. Léger, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien-accoucheur dudit établissement.

Pendant la période scolaire, M. le docteur Lenoël, professeur d'accouchements à l'École de médecine, reste chargé de la direction du service.

M. Bax, médecin suppléant du l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin des Incurables; M. Huber, médecin suppléant de Saint-Charles, et Bernard, médecin suppléant des Incurables, sont nommés, l'un chirurgien, l'autre suppléant de l'Hôtel-Dieu.

— On lit dans la *Gironde* :

Parmi les passagers du *Sénégal*, attendus à Bordeaux, se trouve M. le docteur Ferreira dos Santos, professeur à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro et directeur de l'hôpital de Santa-Casa de Misericordia.

Ce savant médecin est chargé par le gouvernement brésilien de suivre les travaux de M. Pasteur, en vue de l'installation d'un institut pour le traitement de la rage pouvant desservir la côte est de l'Amérique du Sud et pour les développements scientifiques auxquels doit conduire cette découverte. Cet établissement sera probablement le premier qui entrera en pleine action, car son aménagement est déjà arrêté par l'administration de la Misericordia.

M. le docteur Ferreira dos Santos est chargé de remettre à M. Pasteur, avec une lettre de S. M. don Pedro II, la grand croix de l'ordre de la Rose.

Déclaration des maladies infectieuses par les parents en Autriche. — Responsabilité des médecins. — En France, le parlement ne prend aucune mesure pour diminuer le nombre des maladies infectieuses qui, à Paris, par exemple, font 7 à 8,000 victimes par an, et l'initiative des communes se heurte à des textes de lois surannées et mal rédigées. Nos voisins comprennent autrement le rôle de l'État dans les questions d'hygiène et de police sanitaire.

« La Statthalterei (império-royale) de la Basse-Autriche vient de prendre un arrêté enjoignant aux parents de faire immédiatement au bureau de police de leur arrondissement la déclaration de tout cas de maladie infectieuse dont serait atteint un membre de leur famille. Dans les maladies infectieuses sont compris : le choléra, le typhus, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la diphthérie, la dysenterie, la rougeole, la coqueluche, la varicelle, l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

Un exemple montrera avec quelle rigueur cet arrêté est appliqué : Le père de deux enfants atteints de variole a été condamné à dix jours de prison, dont un jour de jeûne et un jour de cachot (Hartes Lager) pour avoir omis d'en faire la déclaration. Un médecin qui avait vu les enfants seulement avant l'apparition de l'éruption a été accusé de négligence. Il fut acquitté sur ce motif que le service d'un médecin cesse du moment où il a reçu ses honoraires ». (*Progrès médical.*)

La Farine Morton est de tous les aliments destinés aux enfants celui qui par sa composition et les principes qu'il renferme (*fer et phosphate de chaux*) se rapproche le plus du lait de la femme. C'est un reconstituant de premier ordre.

Le Quinium Roy, granulé, soluble, renferme le tannin et tous les alcaloïdes du quinquina. Il est *tonique* à la dose de 2 cuillerées à café ou fébrifuge à celle de 2 à 3 cuillerées à bouche.

Fin du Tome XLI (Troisième série).

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLI

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1886.

A

Abcès, v. Fièvre typhoïde.

Absorption. De l'— par la muqueuse stomacale dans l'état de santé et dans l'état de maladie, Isahoff, anal. C. L. D., 186.

Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Bulletins sur l'— et comptes rendus des séances, 25, 33, 68, 115, 153, 202, 213, 234, 284, 313, 318, 361, 369, 381, 405, 451, 490, 537, 572, 621, 655, 688, 729, 778, 825, 877, 911, 958, 982, 1033.

Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus des séances, 19, 40, 81, 125, 187, 212, 246, 298, 330, 380, 416, 465, 498, 549, 597, 632, 680, 713, 754, 791, 840, 889, 925, 971, 1009, 1043.

Accidents. — intestinaux après les opérations abdominales, P. Sébileau, anal. Stapfer, 777. — tétaniformes guéris par le repos, les calmants et les courants continus, Moreau, anal. L.-H. P., 840.

Accouchement, v. Seigle ergoté, diabète.

Acide. — phénique, v. Ephélides, Indigestion. — borique, discussion à la Soc. de méd., 45, 249, 332. — osmique dans la névralgie faciale, Shapiro, anal. L. Dn., 200. — azotique, dangers d'incendie, Lechartier (Acad. des sc.), 500.

Acromégalie. Sur deux cas d'—, P. Marie, anal. E. Deschamps, 763.

Adonis vernalis et adonidine, Henri Huchard, 25, 49.

Affusions. Des — froides dans le rhumatisme aigu, Fox, anal. L. Dn., 487.

Albumine. Du dosage de l'— des urines par l'albuminimètre d'Esbach, Guttmann, anal. R. L., 1008.

Albuminurie. De l'— cyclique, Pavy, anal. C. L. D., 94. — probablement consécutive à une scarlatine, Descroizilles, 361. — dans le rhumatisme articulaire aigu, P. Chéron, anal. Ch. E., 541. —, v. Mal de Bright.

Albuminuriques, v. Ergotinine.

Alcaloïdes. Des — dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux (Acad. de méd.), Gautier, 116; Peter, 213; Gautier, Le Fort, Verneuil, Trélat, 236; A. Guérin, Peter, Cornil, 285; Béchamp, Verneuil, Charpentier, 349; Guéniot, de Ranse, Hervieux, 370, 381; Colin (d'Alfort), Cornil, 405; Le Fort, Villemin, 452; Gautier, 491; Leblanc, Tillaux, Le Fort, 338; Béchamp, 573; Herrgott, Béchamp, 657; Cornil, 690; Béchamp, A. Guérin, Pasteur, 730; Gautier, 779.

Aliénés. Etude clinique sur les — héréditaires, Taty, anal. P. L. G., 17.

Alopécie. Lotion contre l'— en plaques, Tilbury Fox, 963.

Altitudes, v. Antimicrobiose.

Amputation. — congénitale incomplète par bride circulaire, Reclus (Soc. de chir.), 140.

Amygdale. Accident survenu pendant l'ablation d'une —, E. Barré, 509. —, v. Polype.

Analyse chimique. Traité pratique d'— à l'aide des méthodes gravimétriques, Stan. Meunier, anal. L. M., 268. — id., à l'aide des méthodes volumétriques, Finot et Bertrand, anal. M. L., 268.

Anatomie pathologique. Traité d'—, Lancereaux, anal. P. Le Gendre, 641.

Anesthésie. Note sur l'influence de l'— par le protoxyde d'azote, Laffont (Acad. des sc.), 187. —, v. vapeurs anesthésiques.

Anévrysme. — volumineux de l'aorte abdominale, latent pendant la vie, A. Robin (Soc. des hôp.), 609. — artério-veineux, épilepsie, électro-puncture, etc., Polaillon (Soc. de chir.), 900. —, v. Tumeur.

Anévrysmes, v. Iodure de potassium.

Angine. Collutoire et douche contre l'— granuleuse, Demarquay, 288. — sous-maxillaire, Ed. Tordeus, anal. R. L., 431. — de poitrine, solution, Huchard, 867. — diphthérique sur un enfant de 12 ans; paralysie consécutive; mort, Dubrisay, 881. — de poitrine, nouvelle autopsie, Huchard (Soc. médico-prat.), 951.

Ankylostome. De l'— duodénal, Trossat, anal. R. L., 431.

Anorexie. Mixture contre l'—, Monin, 667.

Antimicrobiose. De l'— de l'air des altitudes dans la phthisie bacillaire, Deligny, 649; (Soc. de méd.), 586.

Antipyrine. De l'— et de son influence sur la transformation des substances azotées de l'organisme, Walter, anal. C. L. D., 186. — — dans le rhumatisme, Secretan, anal. C. L. D., 282. —, applications thérapeutiques, Cl. Ferreira, anal. Ch. E., 330. —, action comparée à celle de la kaïrine, Pavlinow, anal. Winocouroff, 343. — dans la

©BIU Santé

thérapeutique infantile, Moncorvo, anal. Ch. Eloy, 852. —, son action, Blanchard, anal. C. L. D., 958.
Anurie. Sur l'— hystérique, avec sécrétion d'urine par l'estomac, Rossoni, anal. Millot-Carpentier, 210. — précoce scarlatineuse, Juhel-Rénoy, anal. Deschamps, 938.
Anus contre nature, procédé particulier de suture intestinale, Périer (Acad. de méd.), 826.
Aphasie, v. Langage.
Arsenic. L'élimination de l'— par la sécrétion lactée, Brouardel, anal. C. L. D., 10.
Arthrectomie. L'— et la résection du genou, A. Ceccherelli, anal. Millot-Carpentier, 642.
Arthrite. — suppurée dans la période aiguë de l'uréthrite, terminaison mortelle, anal. Winocouroff, 344.
Articulations, v. Extension continue.
Assistance médicale à Paris, 1036.
Association générale des médecins de France. —, circulaire, 100. —, réunion annuelle de la Société centrale, M. L., 230. —, ordre du jour de la 27e assemblée générale, 456. —, bienfaiteurs, 552, 564, 928, 999. —, caisse des retraites et assurance mutuelle, Ch. E., 700. —, compte rendu de l'Assemblée générale, 721, 793.
Association des médecins du Rhône, assemblée générale annuelle, 999. Les homœpathes devant l'—, 1054.
Association française pour l'avancement des sciences, subventions, 599.
Assurance. — mutuelle des médecins de la Seine, v. Association.
Asthme. Potion contre l'—, Monin, 299.
Ataxie locomotrice. Les lésions cardiaques dans l'—, R. Longuet, 289.
Atmosphère. Les phénomènes de l'—, Mohn, trad. Decaudin-Labesse, anal. M. L., 619.
Atrophie musculaire. — d'origine cérébrale, avec intégrité des cornes antérieures et des nerfs moteurs, Babinski, anal., 454. — juvénile des extrémités, Joffroy (Soc. méd. des hôp.), 704.
Atrophies musculaires. Pathogénie des —, P. Parisot, th. d'agrég., anal. Ch. E., 875.
Atropine. Sur un phénomène visible provoqué par l'—, R. Rampoldi, anal. Millot-Carpentier, 642. —, v. Cocaïne.
Attelle métallique pour la résection du genou, J. Championnière (Soc. de chir.), 139.
Auto-intoxication. De l'— considérée comme accident deutéropathique dans les maladies fébriles, Bouchard, leçon recueillie par P. Le Gendre, 577.
Autoplastie. — du talon par un procédé dérivé de la méthode italienne, Berger (Acad. de méd.), 1035.
Avortement, v. Seigle ergoté.
Azotique, v. Acide.

B

Bacille. Longévité du — virgule de Koch, Guttmann et Neumann, anal. Dumont, 32.
Bacilles. Modification au procédé d'Ehrlich pour la coloration des — tuberculeux, Fütterer, anal. R. L., 520.
Bains, v. Fièvre typhoïde.
Barré (E.), v. Amygdale.
Bertrand, v. Panaris.
Beurre, v. Rancissure.
Bibliothèque, *passim* dans tous les numéros.
Bichlorure d'hydrargyre, v. Injections.
Blache (R.), v. Crèches.
Blennorrhagie ombilicale, Morsly, anal. L.-H.P., 840.
Blépharo-conjonctivite. Pommade contre la —, Fano, 164.
Borax, v. Acide borique.
Botanique. Dictionnaire de —, H. Baillon, anal. G. R., 221, 980.
Bouchard, v. Auto-intoxication.
Bovet, v. Rétrécissement.
Bretelle. La — hémostatique et la chirurgie en campagne, C. L. D., 167.
Brides-les-Bains, v. Eaux.
Bromure. Léthargie à la suite de l'administration du — de sodium, E. G. Cutler, anal. R. L., 877.
Broncho-pneumonie tuberculeuse et endocardite végétante, Barrié (Soc. méd. des hôp.), 995.
Brûlures. Remède contre les —, Richardson, 552. —, glycéré, de Bruyne, 928.
Bulletins. — L.-G. R., 25, 229, 313, 361, 445. — Ch. Eloy, 685.

C

Calculs. — de la glande vulvo-vaginale, A. V. Scott, anal., 102. — du rectum, Duroziez (Soc. de méd.), discussion, 587, 669. — hépatiques, A. Robin, Legroux (Soc. des hôp.), 609.
Cancer. — de la plèvre et pleurésie hémorrhagique, Dieulafoy (Soc. méd. des hôp.), 273; discussion (Ibid.), 326. — du maxillaire supérieur, Monod (Soc. de chir.), discussion, 308. — du plancher de la bouche, etc., trachéotomie préventive, Monod (Ibid.), discussion, 308, 357. — de l'estomac, difficultés du pronostic, D.-Beaumetz (Soc. méd. des hôp.), discussion, 441.
Canule. Nouvelle — pour irrigations nasales, Moure, 682.
Carbamate d'éthyle, v. Ethyl-uréthane.
Carcinome diffus de la vessie, Reliquet (Soc. de méd.), discussion, 130.
Cataracte. Des derniers progrès réalisés dans l'opération de la — par extraction, Panas (Acad. de méd.), 34; Maurice Perrin, 69. —, note sur l'opération, Vacher, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 645.
Cathétérisme. Du — rétrograde, rapport de Monod sur des obs. de Cauchois et de Douart (Soc. de chir.), 608.
Causeries. — L.-H. Petit, 37, 73, 121, 325, 577, 758. — Simplissime (L.-H. Petit), 205, 409, 661, 833, 881, 917, 965, 1037. — P. Dubray, 289, 457, 625, 989.
Cavernes, v. Injections.
Cavité glénoïde, v. Fractures.
Céphalocèle, v. Spina-bifida.
Céphalotribe Pajot, 753.
Chancre. Glycéré contre le —, Demarquay, 773.

©BIU Santé

Chemins de fer, v. Paralysies.
Chloral. Indications de — dans les maladies du cœur, G. Sée, 12.
Chloro-anémie, v. Pouls.
Chloroforme. Ca d'empoisonnement par le — pris à l'intérieur, Eliot, anal., Ch. Eloy, 199.
Chlorure. De la névralgie du trijumeau et de son traitement par les pulvérisations de — de méthyle, Peyronnet de Lafonvielle, anal., 496. — d'étain, propriétés désinfectantes, Abbott, anal. C. L. D., 570.
Choc traumatique. Sur la mort prompte faussement attribuée au —, Monod (Soc. de chir.), 522.
Choléra. Le — dans l'arrondissement de Saint-Gaudens, Chopinet, anal. Burlureaux, 136. — épidémie du Finistère, Proust (Acad. de méd.), 235. — épidémie de 1886, C. L. D., 560, 643, 687, 737, 824, 924, 1020. — épidémie de 1885, récompenses honorifiques, 648. — v. Kératite.
Chondrome parotidien développé du côté du pharynx, Ch. Périer (Soc. de chir.), 766.
Chorées. Nosographie des —, Lannois, anal. Ch. E., 933.
Choroïde, v. Sarcome.
Chroniques, v. Causeries.
Cirrhoses. Les —, leçons de Lanceraux, 661, 905, 953.
Claudication intermittente. Sur un cas de — guéri par l'amputation, Terrillon (Soc. de chir.), 986. —, v. Gangrène.
Clavicule, v. Résection.
Clinique. Leçons de — médicale faites à la Pitié, S. Jaccoud, anal. P. Le Gendre, 535.
Cocaïne. De l'utilité de la — dans l'opération de la lithotritie, Dubuc, 85 ; discussion (Soc. de méd.), 45. — dans les opérations sur les trajets fistuleux, Barford, anal. C. L. D., 103. — dans la litholapaxie, Bruns, anal. L. Dn., 201. — dans les brûlures et les congélations superficielles, A Ruault, 205. — action locale en injections hypodermiques, Lonkaschewitch, anal. Winocouroff, 297. — contre la morphinomanie, Smidt et Rank, anal. C. L. D. 415. — dangers de son emploi en ophthalmologie, Javal (Acad. de méd.), 656. — essai de sa pureté, L. Dn., 946. — combinée à l'atropine comme mydriatique, Jessop, anal. L. Dn., 946.
Code manuel des officiers de santé militaire, G. Salle, anal. Longuet, 654.
Cœur. Maladies du —, v. Exercices, Grossesse, Ataxie locomotrice. —, v. Mouvement .
Coliques. Des — hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy, Willemin, anal. Richelot père, 838.
Collapsus. Potion contre le —, Boinet, 215.
Collodion. Usages du — iodoformé contre les névralgies, Browning, anal. L.-H. Petit, 93. —, v. Variole.
Côlon. Déplacement du — transverse, C.-H. Thomas, anal. R. L., 876.
Colonne vertébrale, v. Déviations.
Concours. — de l'externat, 72. — de l'internat, 95. — de l'agrégation en médecine, 95, 383, 468. — de la Société médico-pratique, 96. — de l'agrégation en chirurgie et accouchements, 311, 384, 999. — divers, *passim* dans le Courrier.
Congrès. — français de chirurgie, 323. — international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz, 480, 855.
Conjonctivites. Glycérés contre les — granuleuses et pustuleuses, de Græfe et de Wecker, 719.
Contagion, v. Fièvre typhoïde.
Contusion. Des effets différents de la — articulaire suivant l'état constitutionnel du blessé, Verneuil, 989.
Coqueluche. Traitement de la — par la résorcine ; id. par la cocaïne, Moncorvo, anal. Ch. E., 92. —, traitement par les insufflations de poudres médicamenteuses, Guerder, 977.
Cornée. Pommade contre l'ulcère perforant de la —, Guaita, 119.
Corps étrangers. Pathogénie et traitement des — articulaires, rapport de Kirmisson (Soc. de chir.), discussion, 437.
Correspondance. — Hayem, 32. — Albert Vidal, 77. — de Ranse, 909. — Surmay, 969.
Coryza. Le — des roses, Ziem, anal. R. L., 476.
Couleurs. Essai d'une explication physiologique des — complémentaires, Trève (Acad. des sc.), 754.
Coxalgie, v. Extension continue.
Crâne, v. Périostose.
Créances médicales. La prescription des — devant le Sénat et le Conseil d'Etat, Ch. E., 836.
Crèches. Les — au point de vue de l'hygiène, R. Blache, 133.
Crises. Des — dans les maladies, thèse d'agrég., Chauffard, anal. P. L. G., 1006.
Croup. Insuccès du traitement de Delthil contre le —, Cadet de Gassicourt (Soc. méd. des hôp.), 828. —, v. Diphthérie.
Cyanure de potassium. Sur un cas d'empoisonnement par le —, Shearer, anal. L. Dn., 703.
Cystite, v. Instillations.
Cystocèles. Des — avec ou sans chute de l'utérus, compliquées de calculs, Varnier, anal. Stapfer, 366.

D

Daltonisme. Du — chez les employés de chemins de fer, Worms, 458 ; (Acad. de méd.), 322.
Décortication. — du doigt annulaire, Thomas (Soc. de chir.), 718.
Décret sur l'organisation des Facultés et des Ecoles d'enseignement supérieur, 107.
Dehenne (A.), v. Sarcome, Ergotinine, Rétractions.
Deligny, v. Antimicrobiose.
Delirium tremens. Injection contre le —, Dujardin-Beaumetz, 683.
Dentition. Sirop de —, Bouchut, 45.
Dents. Introduction dans les voies aériennes de — extraites, L.-H. Petit, 409. — à propos de l'article précédent, de Madec, 558.
Dépôt. Le futur — mortuaire municipal de la rue Bolivar, C. L. D., 443.
Descroizilles, v. Albuminurie.

©BIU Santé

Désinfectants. Rapport de la Commission des — de la Soc. de méd. publique américaine, anal. C. L. D., 851.
Désinfection. De la — du vagin dans le tamponnement, Koch, anal. R. L., 1008.
Déviations. Des diverses — de la colonne vertébrale, E. Duval, anal., 282.
Diabète. Du — sucré chez la femme, Lecorché, anal., 8. — dans ses rapports avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse ; influence sur la menstruation ; influence sur la grossesse et l'accouchement, Lecorché, anal. Stapfer, 364.
Diabétiques, v. Ergotinine.
Diarrhée. Du traitement de la — chronique chez les enfants, Zinnis, anal. Ch. Eloi, 305.
Dictionnaire. — de chimie pure et appliquée, A. Wurtz, supplément, 10e fasc., anal. G. R., 679.
Diday (P.), v. Traitements.
Digitaline. Des caractères chimiques des diverses espèces de —, Brouardel (Acad. de méd.), 655.
Dilatation. Sur un nouveau moyen de — permanente de la mat ice, Vulliet, anal. Dumont, 29. — profœtale de la vulve, Léon Dumas, anal. Stapfer, 366. — de l'estomac et fièvre typhoïde, P. Le Gendre, anal., 610 ; anal. L.-H. Petit, 895. — des rétrécissements de l'urèthre, comparaison entre la divulsion et l'uréthrotomie interne, Le Dentu (Soc. de chir.), 766 ; Kirmisson, 819 ; Le Fort (dilatation immédiate progressive), 897 ; Tillaux, Championnière, Trélat, Verneuil, 948 ; Horteloup, Humbert, 986.
Diphthérie. Etude sur la — et le croup, Ramagué et Jorge, anal. Ch. Eloy, 944.
Dipsomanie. Cas rare de —, inhalations d'éther, etc., Christian ; discussion (Soc. de méd.), 974.
Distinctions honorifiques. — (officiers d'académie et de l'instruction publique, mérite agricole), 59.
Divulsion, v. Dilatation.
Doigt, v. Décortication.
Dubrisay, v. Angine.
Dubuc, v. Cocaïne.
Duché (E.), v. Lepère (Ch.).
Durand-Fardel, v. Eaux.
Duroziez, v. Pouls, Iodure de potassium.
Dysentérie. Sur l'étiologie de la —, Condorelli et Aradas, anal., 379.
Dyspepsie. Traitement de la — des liquides, H. Huchard, 731.
Dyspnée. Potion contre la —, 1042.

E

Eau. Influence de l'— sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité, A. Robin (Soc. méd des hôp.), discussion, 141, 610.
Eaux. Cours sur les — minérales et les maladies chroniques, leçon d'ouverture, Durand-Fardel, 241. — minérales de Brides-les-Bains, étude clinique, Philbert, anal. Ch. E., 414. — Nouveau système des — minérales de Forges, J. Larouvière, annot. Thomas Caraman, anal. Ch. E., 943. — d'Aix en Savoie, traitement des affections cardiaques, Blanc (Soc. médico-prat.), 951.
Ecchymoses. Des — cutanées, E. Perrin de la Touche, anal C. L. D., 199.
Ecorce de Panama. Action physiologique et valeur thérapeutique de l'—, R. Kobert, anal. R. L., 945.
Eczéma. Pommade contre l'— des mains, van Harlingen, 455 ; du cuir chevelu, Ellis, 667, 1010. —, solution, Auspitz, 899. — nummulaire, pommade, E. Vidal, 914.
Elections. — à la Soc de chir., 24, 139, 987. — à l'acad. de méd., 34, 116, 537, 656, 779, 826, 878, 911, 982. — à la Soc. de méd. de Paris 42, 131, 504, 843. — à l'Acad. des sc., 126 189, 247, 381, 466, 551, 681, 973, 1035, 1044.
Electricité. Introduction des médicaments par l'influence de l'—, Lauret, anal. Ch. Eloy, 38. —, v. Médicaments.
Electrolyse, v. Médicaments.
Electro-puncture, v. Anévrysme.
Eloy (Ch.), v. Hopéine, Exercices, Rachitisme, Ethyl-uréthane, Névroses, Thé, Spectroscopie.
Embolies. Etude expérimentale et clinique sur les — aériennes, Senn, anal. C. E., 762.
Emphysème. Un cas d'— sous-cutané, leçon de Grancher, P. L. G., 481.
Empoisonnement, v. Chloroforme, Cyanure de potassium.
Endocardite. Sur la pathogénie et l'anat. pathol. de l'— ulcéreuse, Ledoux-Lebard, anal. E. Deschamps, 654. — végétante, v. Broncho-pneumonie.
Engelures. Traitement des —, Meurisse, anal. C. L. D., 414.
Entéroptose et gastroptose, Glénard (Soc. méd. des hôp.), 827.
Entraînement, v. Exercices.
Ephélides. Du traitement des — par l'acide phénique concentré, V. Halkin, anal. C. L. D., 11.
Epidémie, v. Choléra, Peste.
Epithéliome, v. Cancer. — de l'estomac et du colon, Packard, anal. R. L., 475.
Ergot de seigle. Traitement des sueurs des phthisiques par l'—, Tenneson (Soc. méd. des hôp.), 441.
Ergotine. Solution officinale d'—, Bonjean, 515.
Ergotinine. Note sur l'emploi des injections sous-cutanées d'— chez les diabétiques et les albuminuriques, Dehenne, 529 ; discussion (Soc. de méd.), 502, 585, 738.
Erysipèle. De l'inoculation de l'— comme moyen curatif, Verneuil, 217. —, pathogénie et anatomie pathologique, M. Denucé, anal. L.-H. Petit, 222.
Erysipèles. Epidémie d'—, érysipèles récidivants, Demieville, anal. R. L., 403.
Erythème. — polymorphe, sa nature et son traitement spécifique, Villemin (Acad. de méd.), 826.
Estomac, v. Epithéliome.
Ethyl-uréthane. Un nouvel hypnotique, l'— ou carbonate d'éthyle, Ch. Eloy, 421, 433. —, v. Uréthane.
Etranglement interne guéri par la laparotomie, Quénu, rapport de Berger (Soc. de chir.), discussion, 395.

©BIU Santé

Examen au lit du malade ; thérapeutique, choix et dose du médicament, leçon clinique de Lancereaux, 385.
Exercices. Des — musculaires et de l'entraînement gymnastique dans le traitement des maladies du cœur, Ch. Eloy, 145.
Exposition, v. Hygiène.
Extension continue. Recherches sur les effets de l'— sur les articulations malades et la coxalgie en particulier, Lannelongue (Soc. de chir.), discussion, 105.

F

Faculté. — de médecine de Paris, thèses de doctorat, 83, 143, 335, 562, 706, 903, 1059. — de médecine de Paris, règlements, nominations, etc., 84, 96, 167, 252, 300, 323, 407. — de Nancy, thèses de doctorat pendant l'année 1884-85, 371. — de Montpellier, thèses de doctorat pendant l'année 1884-85, 574, 622, 647.
Facultés, v. Décret, et *passim* dans le courrier.
Ferments, v. Nutrition.
Fibro-sarcome de la paroi abdominale, Nicaise (Soc. de chir.), 396.
Fièvre. De l'identité de la — jaune et de l'impaludisme aigu, Vieiro de Mello, anal Ch. Eloy, 199. — intermittente hépatique, A. Martin, 301 ; discussion (Soc. de méd.), 250. —, traitement par l'eau froide d'après le Coran, Ch. Eloy, 855. — hystérique, Barrié (Soc. méd. des hôp.), 901.
Fièvre typhoïde. Des réversions dans la —, R. Longuet, 1, 13. — traitée par les bains froids, R. Longuet, 373 ; — tièdes graduellement refroidis. P. Le Gendre, 541. —, contagion par le contact immédiat, Debove (Soc. méd. des hôp.) ; discussion, 442 ; discussion sur la contagion (Ibid.), 525. —, nouveaux moyens de diagnostic proposés en Allemagne, Schlemmer, 553. — dans la marine et dans les pays chauds, Mourson, anal. C. L. D., 736. — au camp du Pas-des-Lanciers en 1885, C. L. D., 755. —, abcès miliaires des reins, P. Gallois, anal. C. E., 839. —, v. Dilatation.
Foie. Rôle du — vis-à-vis des poisons, G.-H. Roger (Soc. de biol.), 341.
Formulaire, *passim* dans tous les numéros.
Fosses nasales. Guide pour l'examen des —, C. Baber, anal. C. L. D., 839.
Fracture. — du crâne, v. Trépanation. — de côte spontanée chez une emphytémateuse, Anthony (Soc. méd. des hôp.), 902.
Fractures. Etude expérimentale sur les — de la cavité glénoïde de l'omoplate, Assaky, rapport de Farabeuf (Soc. de chir.), 819.
Frottement. Du — périhépatique, R. Longuet, 1025, 1037.

G

Galvano-puncture, v. Hypertrichose.
Gangrène. Le microparasite de la — sénile, Triconi, anal. Millot-Carpentier, 887. — des extrémités avec rétraction lente et progressive du système artériel, Le Dentu (Soc. de chir.), discussion, 1021.
Glande. — vulvo-vaginale, v. Calculs.
Glaucome. Du traitement de certaines formes de — sans opération, Panas (Acad. de méd.), 983.
Glénoïde, v. Fractures.
Glossite, v. Solution.
Goître. Une épidémie de — exophthalmique, C. L. D., 227. — exophthalmique, hérédité, Wild, anal. C. L. D., 958.
Goutte. Note sur la — et son traitement, J. Farrar, anal. L. Dn., 726.
Graisse. Influence de la — alimentaire sur la nutrition, Debove (Soc. méd. des hôp.), 902.
Gravelle. Pilules contre la —, Huchard, 756.
Grindelia robusta. Les propriétés physiologiques de la —, Buffington, anal. C. L. D., 537. — contre la bronchite chronique, Grinewidsky, anal. C. L. D., 924. —, action sur le cœur et sur la circulation, Dobroklowsky, anal. C. L. D., 924.
Grossesse. La — dans ses rapports avec les maladies du cœur, Senna Felice, anal. Millot-Carpentier, 211. — sans signes prise pour un fibrome, Le Fort (Soc. de chir.), discussion, 817. —, v. Diabète.
Guerder, v. Coqueluche.

H

Helmerich. Pommade d'— modifiée, P. Vigier, 622.
Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds, E. Maurel, anal. C. E., 402.
Hématomètre. — par sarcome de la muqueuse utérine, Terrillon (Soc. de chir.), discussion, 392.
Hémiatrophie de la langue, L. Hirt, anal. R. L., 519.
Hémiplégie. — hystérique chez une petite fille de 4 ans, Guyot (Soc. de chir.), 903.
Hémi-rhumatisme. Note sur l'—, Cazalis (Acad. de méd.), 688.
Hémorrhagie, v. Moelle épinière.
Hémorrhagies utérines, v. Hydrastis canadensis.
Hérédité, v. Immunité, Névroses. — dans les maladies du système nerveux, Déjérine, anal. Ch. E., 934.
Hernie. — volumineuse guérie spontanément chez un adulte, Michalski, 679. — crurale étranglée, phlegmon diffus gangréneux, Pamard (Soc. de chir.), 718.
Herpétisme. De l'—, Collin père, anal. C. L. D., 330.
Homœopathes, v. Association des médecins du Rhône.
Hopéine. De l'—, de ses propriétés hypnotiques et de son emploi clinique, Ch. Eloy, 121. —, fraudes des droguistes étrangers, Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), 153. —, Ch. Eloy, 281.
Hoquet. Traitement du — par la réfrigération du lobule de l'oreille, Manoël Ramos, anal. C. L. D., 10.
Horteloup, v. Testicule.
Huchard (Henri), v. Adonis vernalis, Indications.

©BIU Santé

Humérus, v. Tumeur.
Hydrastine. De l'hydro-chlorate d'— en ophthalmologie, Sattla, anal. C. L. D., 103.
Hydrastis canadensis. De l'— contre les hémorrhagies utérines, Nicolaï Jivopistzeff, anal. C. L. D., 186. — action physiologique, Fellner, anal. C. L. D., 924.
Hydrocèles traitées par l'excision de la vaginale, Reclus (Soc. de chir.), 1057.
Hygiène. Les grandes réformes de l'— publique au Brésil et l'œuvre sanitaire de M. de Mamoré, Ch. Eloy, 64. — (le bureau d') de Reims en 1884, Ch. E., 94. — publique et institutions sanitaires dans la ville du Havre, Ch. E., 119. — militaire (Manuel d'), Ch. Viry, anal. C. L. D., 512. — publique, études, A. Ollivier, anal., 535. — publique et internationale, leçon d'ouverture, Proust, anal. P. L. G., 565. — publique au Brésil, organisation et réglementation nouvelle, Ch. Eloy, 658.—publique, récompenses, 743. — thérapeutique, leçon d'ouverture du cours de Dujardin-Beaumetz, 781. — urbaine, exposition, Ch. Eloy, 786. — dans l'isthme de Panama, Nicolas (Acad. de méd.), 878. — publique, études, A. Ollivier, anal. Deschamps, 944.
Hyoscine. De l'— dans le traitement des maladies du système nerveux, Jones, anal. C. L. D., 938.
Hyperthermie. — hystérique, Debove (Soc. méd. des hôp.), 705.
Hypertrichose. Traitement de l'— par la galvano-puncture, Brocq (Soc. méd. des hôp.), 901.
Hypertrophie. — congénitale du pied à forme lipomateuse, Duplouy (Soc. de chir.), discussion, 717.
Hystérectomie. — vaginale pour un épithélioma du col, Terrier (Soc. de chir.), discussion, 56. — vaginale, deux observations, Pozzi (Soc. de chir.), discussion, 272. — vaginale, L.-G. Richelot, 337. — par Lawson Tait, anal. L. Dn., 449. — vaginale, Terrier (Soc. de chir.), 950.
Hystérie. De l'— chez les enfants, Peugniez, anal. Ch. E., 92. — chez l'homme et paralysie par suggestion, Debove (Soc. méd. des hôp.), discussion, 274.

I

Immunité. L'— provenant de l'hérédité, Kaltenbach, anal. R. L., 403.
Impaludisme, v. Fièvre jaune.
Indications. Considérations sur les — thérapeutiques en général, H. Huchard, 1001, 1013.
Indigestion. De l'acide phénique dans l'—, Lauder Brunton, anal. L. Dn., 18.
Infection purulente. Sur l'— suite de pneumomie, Jaccoud (Acad. des sciences), 925.
Infections puerpérales, v. Irrigation.
Influences. Des — modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie, Andrieu, anal. C. E., 474.
Inhalations, v. Transfusion.
Injections. Des injections de sublimé dans les cavernes pulmonaires, Gougenheim (Soc. méd. des hôp.), discussion, 71. — hypodermiques, v. Cocaïne, Morphine.
Inspectorat. A propos de l'— (feuilleton), M. L., 469.
Instillations contre la cystite chronique douloureuse, Guyon, 347.
Institut. L'— Pasteur, 457.
Insuffisance aortique. Reproduction expérimentale de l'—, F. Franck (Acad. de méd.), 203.
Insufflations, v. Coqueluche.
Intoxication, v. Auto-intoxication.
Involution. De l'— sénile, A. Brousse, th. d'agrég., anal. Ch. E., 874.
Iodoforme, v. Méningite.
Iodol. L'— en thérapeutique oculaire, A. Trousseau, 833.
Iodure de potassium. Premier cas de l'emploi de l'— dans les anévrysmes, P. Duroziez, 517. —, v. Tumeur.
Irrigation. — continue contre les infections puerpérales, Pinard, anal. Stapfer, 772. —, v. Canule.
Ictère. Le traitement de l'— catarrhal par la méthode de Krull, R. Longuet, 568.
Illusion. Sur une — visuelle et l'oscillation apparente des étoiles, H. de Parville (Acad. des sciences), 1010.

J

Jaccoud, v. Infection purulente.
Jamaïca Dogwood. De la — sur les brûlures, Shepperd, anal. L. Dn., 19.

K

Kaïrine, v. Antipyrine.
Kellah. El —, ses propriétés, Moustapha, anal. C. L. D., 569.
Kératite. — neuro-paralytique du choléra, Aguilar y Blanch, anal. L. Dn., 946.
Kyste. — thyroïdien à parois calcifiées, Houzel, rapport de Nepveu (Soc. de chir.), 22. —dermoïde de l'ovaire, ovariotomie, Terrier, 196. — hydatique du foie, laparotomie, Terrier (Soc. de chir.), 272. — ovarique, ponctions au chlorure de zinc, Terrillon (Soc. de chir.), 359; discussion (Ibib.), 394. — de l'ovaire, guérison, Terrier, 445. — dermoïde de la région orbitaire, Palaillon, 893. — multiloculaire de l'ovaire, ovariotomie, Terrier, 941. —, v. Ovariotomie.
Kystes. Traitement des — hydatiques du foie, L.-G. Richelot, 169. — hydatiques du foie, traitement par la laparotomie, Poulet (Soc. de chir.), discussion, 309. — paraovariques, traitement, Terrillon, anal. Stapfer, 366. — hydatiques du foie, traitement, discussion à la Société médicale des hôpitaux, 440. — multiloculaires de l'ovaire, transformations et récidives, Terrillon (Soc. de chir.), discussion, 865. — dermoïdes acquis, Paulet (Soc. de chir.), 948.

©BIU Santé

L

Lancereaux, v. Examen, Température, Cirrhoses.
Langage. Du — intérieur et des diverses formes de l'aphasie, G. Ballet, anal. Le Gendre, 936.
Langue, v. Hémiatrophie.
Laparotomie. Quatre observations de —, Jeannel, rapport de Berger (Soc. de chir.), discussion, 55. — sous-péritonéale, Pozzi (Soc. de chir.), 646. —, v. Kyste, Kystes, Etranglement.
Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, L.-G. Richelot, 589, 733, 745; discussion (Soc. de chir.), 523; Nicaise (Ibid.), 607.
Larynx, v. Œdème. — extirpation totale, note complémentaire, L. Labbé (Acad. de méd.), 154.
Laudanum. Un cas d'empoisonnement par le —, Fitz Patrick, anal. L. Dn. 512.
Le Gendre (P.), v. Dilatation, Fièvre typhoïde, Péritonite.
Légion d'honneur. Nominations et promotions dans la —, 12, 36, 48, 72, 120, 240, 623, 636, 904.
Legs. — Bertillon, 191.
Lepère (Ch.). Un souvenir de la Soc. méd. de l'Yonne à —, Duché, 959.
Létargie, v. Bromure.
Lettres. — de Suisse et d'Allemagne, Dumont, 29, 1029. — de Belgique, Warlomont, 260, 399.
Leucomaïnes, v. Alcaloïdes.
Liniment antinévralgique, N. Gueneau de Mussy. 994.
Lipomes. Sur les — du mésentère, Terrillon (Soc. de chir.), 103. —, v. Hypertrophie.
Liqueur tonique, A. Fort, 155.
Lithiase. Réflexes cardio-vasculaires dans la — biliaire, Coignard, 397.
Litholapaxie, v. Cocaïne.
Lithotritie. v. Cocaïne.
Longuet (R.), v. Fièvre typhoïde, Ataxie locomotrice, Pied, Ictère, Œsophage, Frottement.
Lupus. Considérations sur le traitement du — érythémateux, Brocq (Soc. médico-prat.), 914. —, v. Méningite.

M

Mal de Bright. — sans albuminurie; toxicité des urines comme moyen de diagnostic de l'urémie, Dieulafoy (Soc. méd. des hôp.), discussion, 995.
Mal de Pott. Courbatures et rétrécissements aortiques dans le —, Lannelongue (Soc. de chir.), 1055.
Maladie, v. Influences.
Maladies. Traité pratique des — vénériennes, L. Jullien, 2e éd., anal. Le Gendre, 355. — nerveuses, v. Rhumatisme. La pratique des — vénériennes, P. Diday, anal. Hallopeau, 1019.
Martin (Antonin), v. Fièvre.
Matrice. Rupture de la —, opération de Porro, guérison, Slawiansky, anal. Stapfer, 775.—, v. Dilatation.
Maxillaire, v. Cancer.
Médecins. La mortalité et la morbidité des —, Ogle, anal. C. L. D., 927.
Médecine légale. Précis de —, Vibert, anal. C. L. D., 474. —, ouverture du cours de Brouardel, E. Deschamps, 533. — Traité de —, de jurisprudence médicale et de toxicologie, Legrand du Saulle, anal. P. Le Gendre, 91.
Médicaments. Electrolyse et transfert des — à travers l'organisme par le courant électrique, Bardet, anal. Ch. E., 486.
Méningite. Cinq cas de — cérébro-spinale, Mason, anal. R. L., 475. — tuberculeuse consécutive au lupus, Doutrelepont, anal. C. L. D., 497. — tuberculeuse guérie par l'iodoforme, Milsson, anal., 750. —, v. Microbe.
Méningocèle, v. Tumeur.
Menstruation, v. Diabète.
Mésentère, v. Lipomes.
Miasme. — palustre, v. Variole.
Microbe. Du — de Friedlander dans la pneumonie infectieuse et la méningite cérébro-spinale épidémique, Pushkareff, anal. L. Dn., 947.
Microbes. Les —, les ferments et les moisissures, Trouessart, anal. Ch. E., 390. —, leur résistance à la chaleur des étuves (exp. de Grancher), Ch. Eloy, 879.
Microparasite, v. Gangrène.
Microscope. Le —, théorie et applications, Hager, Trad. Planchon et Dugonnenq, anal. M. L., 185.
Microsporon furfur, v. Tuberculose.
Microzymas, v. Alcaloïdes.
Mixture antidyspeptique, 204.
Moelle épinière. Cas d'hémorrhagie de la —, Popow, anal. Winocouroff, 297. —, centres respiratoires, Wertheimer (Acad. des sc.), 466.
Momification. Sur un cas de — d'un cadavre, Brouardel (Acad. de méd.), 983.
Monoplégie. — hystérique chez un homme, Troisier (Soc. méd. des hôp.), 705. — brachiale hystéro-traumatique suivie d'atrophie, Chauffard (Soc. méd. des hôp.), 827.
Mont-Dore, v. Pleurésie, Tuberculose.
Morphine. Injections hypodermiques de — dans les convulsions urémiques, Scudamore Powel, anal. L. Dn., 513.
Morphinomanie, v. Cocaïne.
Mouvements. De la photographie instantanée dans l'étude des — du cœur et des — péristaltiques, W.-G. Thompson, anal. C. L. D., 635.
Muqueuse stomacale, v. Absorption.
Myopathies. Des — progressives primitives, R. Longuet, 157, 181, 193.

N

Nécrologie, 12, 24, 36, 48, 66, 84, 120, 132, 144, 156, 204, 252, 276, 288, 312, 324, 360, 372, 384, 396, 408, 432, 480, 492, 504, 540, 552, 563, 575, 588, 600, 612, 623, 659, 707, 732, 743, 756, 767, 768, 820, 832, 868, 940, 952, 988, 1035.
Néphrectomie. Sur un cas de —, Monod (Acad. de méd.), 984.

©BIU Santé

Néphrite. De la — consécutive à l'épithéliome utérin, E. Lancereaux, anal., 263.
Nerfs, v. Régénération.
Névralgie. — faciale, v. Acide. — du trijumeau, v. Chlorure de méthyle.
Névralgies, v. Collodion.
Névrite. Sur les lésions de la — alcoolique, Gombault (Acad. des sc.), 417. — optique des tumeurs cérébrales, Abadie, 857; discussion (Soc. de méd.), 740.
Névroses. Du rôle de l'hérédité dans les —, Ch. Eloy, 697, 709.
Nicolas (J.), v. Tuberculose.
Nitrite. Du — de sodium dans les convulsions épileptiformes d'origine goutteuse, Mortimer-Granville, anal. L. Dn., 488. — d'amyle, effets sur la pression sanguine, Schweinburg, anal. C. L. D., 570.
Nodosités rhumatismales, Guyot (Soc. méd. des hôp.), 382.
Nutrition. Sur la théorie générale de la — et sur l'origine des ferments en général, à propos de la discussion sur les ptomaïnes, Béchamp (Acad. de méd.), 573. —, v. Graisse.

O

Obésité. Les traitements de l'—, C. Paul (Soc. méd. des hôp.), 830. — v. Eau.
Œdème. Etude sur l'— du larynx, Charazac, anal. C. L. D., 102.
Œil. Note sur nouveau signe ophthalmoscopique des lésions de nutrition des organes profonds de l'—, Giraud-Teulon (Acad. de méd.), 912.
Œsophage. Des varices de l'— dans les troubles de la circulation porte, R. Longuet, 769, 781. —, v. Rétrécissement.
Ongle incarné. Traitement de l'—, L.-Championnière, 887.
Onimus, v. Paralysies.
Onamatomanie. Obsessions anxieuses et —, Gilson (Soc. médico-prat.), 950.
Opération césarienne. Curieuse —, Salvatore Scoppola, anal. Millot-Carpentier, 888.
Opérations, v. Accidents.
Ophthalmie. Collyre contre l'— granuleuse, Dujardin, 647.
Opium. La culture et la récolte de l'— en Turquie, C. L. D., 742. Tolérance pour — (Soc. des hôp.), 1058.
Ordre. — des médecins devant l'Association générale, Ch. Eloy, 685; L.-G. R., 697. — des médecins, réponse au rapport de M. de Ranse, Surmay, 848, 860.
Oreille. L'—, ses maladies et leur traitement, V. Grazzi, anal. Joly, 114.
Orthopédie, v. Déviations.
Os. — des membres, v. Raccourcissement. — iliaque, v. Résection.
Oscillation. Sur une illusion visuelle et l'— apparente des étoiles, H. de Parville (Acad. des sc.), 1010.
Osmique, v. Acide.
Ostéite. — tuberculeuse, v. Résection.
Ostéites multiples, amputations successives, guérison, Nicaise (Soc. de chir.), 560.
Ostéomyélite. Des portes d'entrée de l'—, Lannelongue (Soc. de chir.), 985; Verneuil, 1021; Terrier, 1055.
Ovaire, v. Kyste.
Ovariotomie, v. Kyste. — incomplète, guérison, Terrier, 314. — simple, guérison, Terrier, 617.
Ozène. Solution contre l'—, Frigni-Thomton, 631.

P

Palais, Des opérations plastiques sur le — (uranoplastie, palatoplastie, staphylorrhaphie), L.-H. Petit, 601, 613.
Panama, v. Hygiène.
Panaris symétriques du pouce droit et de l'annulaire, Bertrand, 304.
Paracelse et Van Helmont, Laboulbène (feuilleton), 157, 241, 349, 385, 481, 505, 541.
Paracentèse, v. Péricarde.
Paralysie, v. Hystérie, Radial, Hémiplégie, Angine, Monoplégie.
Paralysies, v. Rétractions. — toxiques, Brissaud, th. d'agrég., anal. Ch. E., 872. — consécutives aux accidents de chemin de fer, Onimus, 929.
Pasteur, v. Rage, Institut.
Pathologie externe. Manuel de —, t. II, Kirmisson, anal. A. T., 748.
Pays chauds. Traité des maladies des —, A. Roux, anal. E. Deschamps, 1052.
Pelade. Lotion contre la —, Lailler, 432.
Péricarde. De la paracentèse du — dans les péricardites avec épanchement, Leech, anal. L. Dn., 306.
Périnée. De la rupture centrale du —, Charpentier, anal. Stapfer, 367.
Périostose. — du crâne chez un scieur de long, Poncet (Soc. de chir.), 23.
Péritonite. La — périhépatique enkystée, Le Gendre, 673.
Peste. La — de cadeiras ou épizootie de l'île de Marajao, de Lacerda, anal. Ch. Eloy, 852. — bubonique, mémoire sur les épidémies, J. Mahé, anal. C. E., 937.
Petit (L.-H.), v. Poumon, Dents, Palais.
Photographie, v. Mouvements.
Phthisie. v. Antimicrobiose.
Pichi. Le — contre les cystites et la lithiase urinaire, H. L. Wymann, anal. C. L. P., 958.
Pied. Le — tabétique, R. Longuet, 493, 505; Troisier, (Soc. méd. des hôp.), 610.
Pied-bot dans l'atrophie musculaire héréditaire, Dujardin-Beaumetz (Soc. méd. des hôp.), 998.
Pilules cardiaques, H. Huchard, 707.
Pityriasis. Lotion contre le —, H. Gueneau de Mussy, 599.
Plantes. Histoire des —, H. Baillon, anal. Richelot père, 113.
Pleurésie. — hémorrhagique, v. Cancer. — chronique, quelques cas traités par les eaux du Mont-Dore, Percepied, anal. C.-L. D., 369.
Plèvre, v. Cancer.
Pneumonie. De l'existence de la — lobaire chez les enfants du premier âge, Carron de la Carrière, anal. C.-L. D., 519. —, du refroidissement dans sa pathogénie, Lagout, anal. P. L. G., 711. — lobaire à foyers successifs,

©BIU Santé

Renaut (Soc. des hôp.), 1058. —, v. Infection, purulente, Microbe.
Poche. Etude sur la formation et la rupture de la — des eaux, Léon Dumas, anal. Stapfer, 366.
Poids. Sur les variations du — du corps dans les maladies, Astegiano, anal. 378.
Poisons, v. Foie, Toxicité.
Polaillon, v. Kyste.
Polymastie et polythélie, Favre, anal. Winocouroff, 165.
Polype. — fibro-muqueux de l'amygdale, Masse, rapport de Nepveu (Soc. de chir.), 21.
Pommade, v. Cornée, Blépharo-conjonctivite, Prurif, Séborrhée, Eczéma, Helmerich.
Porro. Opération de —, Delaissement, rapport de Championnière (Soc. de chir.), 225. — v. Matrice.
Potion. — calmante, N. Gueneau de Mussy, 322. — antidiarrhéique, J. Simon, 473.
Poudre. — antidysentérique, Schmitjan, 93. — désinfectante, Sigmund, 972. — v. Pyrosis.
Pouls. Du — veineux et du pouls géminé, Duroziez, 37. — veineux présystolique dans la chloro-anémie, Duroziez (Acad. de méd.), 692. — puerpéral physiologique, P. Longe, anal. Ch. E., 886.
Poumon. La chirurgie du —, L. H. Petit, 61, 73. —, évaluation de la surface respiratoire, Marc Sée (Acad. de méd.), 318. —, maladies simples, G. Sée, anal. Le Gendre, 342. — Résection d'une portion d'un — et extirpation d'un rein chez le même sujet, Demons (Soc. de chir.) 912.
Prescription, v. Créances médicales.
Prix. — de la Société de chirurgie, 191. — E. Godard (Soc. anat.), 348. — annuels de médecine et de chirurgie militaires, 396.
Promenades au Salon, Cl. Suty, 769.
Protoxyde d'azote, v. Anesthésie.
Prurit. Pommade contre le — de la vulve, Goodell, 264.
Pseudarthrose. Observation de — ancienne du membre inférieur, Berger (Soc. de chir.), discussion, 22.
Ptoriasis. Traitement du —, E. Besnier, 311.
Ptomaïnes, v. Alcaloïdes.
Pulsatile. De l'action physiologique des préparations de —, M. Bronevsky, anal. C.-L. D., 283.
Pyrexies. Des — abortives, thèse d'agrég. Letulle, anal. P. L. G., 1007.
Pyrosis. Poudre contre le —, Monin, 276.

R

Raccourcissement. Sur le — méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles, Martel, rapport de Polaillon (Acad. de méd.), 236.
Races. De l'égalité des — humaines, Firmin, anal. Ch. Eloy, 359.
Rachitisme. La pathogénie et la médication phosphorée du —, Ch. Eloy, 325.
Radial. Paralysie du nerf — à la suite des fractures de l'humérus, Polaillon, 637; (Soc. de méd.), 586.
Rage. Sur les résultats de la nouvelle méthode préventive de la — par l'inoculation après morsure, L. Pasteur, 377; (Acad. des sc.), 380, 632; (Acad. de méd.), 729. — Fondation d'un établissement pour son traitement (Institut Pasteur), 432. — Traitement chez les Arabes, C. L. D., 867. —, conférence de M. Grancher, G. Daremberg, 1041.
Rancissure. Note sur la — du beurre, E. Duclaux (Acad. des sc.), 889.
Rectum, v. Rétrécissements, Calculs.
Réflexes, v. Lithiase.
Refroidissement, v. Pneumonie.
Régénération. Contribution à l'étude de la — des nerfs périphériques, Marcigny, anal. Ch. E. 413.
Règles, v. Rétention.
Rein. Résection du poumon et extirpation d'un — chez le même sujet, Demons (Soc. de chir.), 912. —, anomalie curieuse, Reliquet (Soc. de méd.), discussion, 1045.
Reins, v. Fièvre typhoïde.
Renoncule âcre. Les usages thérapeutiques de la —, Frœlich, anal. C. L. D., 536.
Résection. — du genou, v. Attelle, Arthrectomie — de la clavicule, Gillette (Soc. de chir.), discussion, 224. — partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse, Delorme, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 645. — v. Poumon.
Résections. Des — orthomorphiques, Verneuil, discussion (Soc. de chir.), 606.
Résorcine, v. Coqueluche.
Rétention. Observation de — des règles dans l'utérus chez une jeune fille de 14 ans, Desprès (Soc. de chir.), discussion, 138. — d'urine d'une origine exceptionnelle, Haliday Croom, anal. L. Dn., 852.
Rétractions. — musculaires consécutives aux paralysies oculaires, A. Dehenne, 757.
Rétrécissement. Un cas de — de l'œsophage, Bovet, 869.
Rétrécissements. Des — congénitaux du rectum chez l'adulte, Trélat, 253. — syphilitique de l'urèthre, de Santi, rapport d'Humbert (Soc. de chir.), 694.
Réversions, v. Fièvre typhoïde.
Revue. — des Journaux, *passim* dans tous les numéros. — trimensuelle des journaux d'obstétrique et de gynécologie, 364.
Rhumatisme. Des relations entre le — articulaire aigu et les maladies nerveuses, Brieger, anal. C. L., 1008. —, v. Antipyrine, Affusions, Albuminurie.
Richelot (L.-G.), v. Kystes, Hystérectomie, Laryngotomie.
Royat. Notes sur quelques indications thérapeutiques de —, Frédet, anal. C. L. D., 368.
Ruault (Dr A.), v. Cocaïne.
Rupture, v. Matrice.

S

Salon. Promenades au —, Cl. Suty, 769, 845, 869, 977, 1025.
Sang. Examen micrographique du — dans les diagnostics difficiles, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 141.
Sarcome. Etude sur le — de la choroïde, A. Dehenne, 265, 277. — de la muqueuse uté-

©BIU Santé

rine, v. Hématomètre. — de l'humérus, v. Tumeur. —, v. Fibro-sarcome.
Scarlatine. Altérations de la peau dans la —, M. de Kazan, anal. L. Dn., 947. —, v. Albuminurie.
Schlemmer, v. Fièvre typhoïde.
Séborrhée. Pommade contre la —, Vidal 371.
Secret médical. Le — dans les documents de statistique administrative, Ch. E., 686.
Sédentarité, v. Surmenage.
Seigle ergoté. Le — est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement? Stapfer, 97, 109.
Sensation. Note sur la propagation de la — lumineuse aux zones rétiniennes non excitées, A. Charpentier (Acad. des sc.), 754.
Service. — militaire, v. Soldat. — pharmaceutique de nuit, 1035.
Sirop antirhumatismal, 83.
Société. — de chirurgie, 21, 55, 103, 138, 189, 224, 270, 308, 357, 392, 437, 477, 522, 560, 606, 644, 693, 715, 764, 817, 865, 897, 912, 948, 984, 1021, 1054. — médicale des hôp., 70, 141, 273, 382, 440, 523, 608, 703, 827, 901, 995, 1058. — de médecine de Paris, 42, 127, 249, 332, 418, 425 (Compte rendu des travaux 1885), 501, 583, 669, 738, 842, 974, 1044. — médico-psychologique, prix, 168, 868. — médico-pratique, 913, 914, 930. — anatomique de Paris, règlement pour le prix E. Godard, 348. — protectrice de l'enfance, questions de prix pour 1886 et 1887, 672. — de médecine d'Anvers, concours de 1886, 915. — française de tempérance, séance solennelle, 964. — médicale d'Amiens, ses travaux, 11, 476. — des sciences médicales de Lyon, ses travaux, 201, 514. — médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon, ses travaux, 211, 520. — de médecine de Lyon, ses travaux, 283, 488. — de médecine de la Haute-Vienne, ses travaux, 346. — médico-chirurgicale de Liège, ses travaux, 404. — de médecine de Saint-Etienne et de la Loire, ses travaux, 415. — de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, ses travaux, 450, 644. — de médecine et de chirurgie de Bordeaux, ses travaux, 497, 910. — de médecine d'Angers, ses travaux, 570. — médicale de Reims, ses travaux, 751. — de médecine de Rouen, ses travaux, 752. — de médecine du Nord, ses travaux, 854.
Soldat. Remarques sur la validité du — et la durée du service militaire, Lagneau (Acad. de méd.), 35.
Solution contre la glossite, Butlin, 191.
Souffle. Du double — anémique à forme péricardique, Duroziez (Soc. de méd.), discussion, 670.
Sparadrap, v. Ulcères.
Spasmodisme. Du — opposé à la convulsion, de Fleury, anal. C. L. D., 957.
Spectroscopie. La technique et les applications cliniques de la —, 1049.
Spina-bifida. Traitement du céphalocèle et du —, Schutz, anal. L. Dn., 223.
Stagnations d'urine. Les —, Reliquet, anal. L.-G. R., 149.
Stapfer, v. Seigle ergoté.
Staphylome. Traitement du — conique par l'excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée, Galezowski, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 819.
Staphylorrhaphie, v. Palais.
Statistique. — démographique du département de la Vendée, Lagneau (Acad. de méd.), 155. — des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat en 1885, Terrier, 479.
Strophantus hispidus. Les succédanés de la digitale, et en particulier le —, Fraser, anal C. L. D., 536.
Strychnine. Recherche de la — et de ses sels dans les urines, anal. L. Dn., 946.
Stupeur. Note pour servir à l'histoire de la — locale, Verneuil, 821.
Sublimé, v. Injections, Syphilis.
Suggestion, v. Hystérie.
Sulfate de quinine. Note sur le —, de Vrij (Acad. de méd.), 729; Yungfleisch (ibid.), 1034.
Surdité verbale, ramollissement du pli courbe, etc., J. Turner, anal. L. Dn., 513.
Surmay, v. Ordce.
Surmenage. Le — intellectuel et la sédentarité dans les écoles, Lagneau (Acad. de méd.), 689.
Suture. — intestinale, v. Anus contre nature.
Sycosis. Pommade contre le —, Stelwagor, 540.
Syphilides. Traitement des — squameuses et crustacées, Rollet et Chambard, 582.
Syphilis. — transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, Lancereaux, 469. —, traitement par le sublimé à l'extérieur, Detmold, anal. R. L., 475. — infantile, traitement, Diday, 939. —, traitement, Rollet, 951.
Système artériel. Rétraction lente et progressive du —, v. Gangrène, Claudication intermittente.
Système nerveux. Traité pratique des maladies du —, J. Grasset, anal. Louguet, 233. —, anatomie pathologique, cours de Raymond, anal. A. Florand, 436.

T

Tænia. Nouvelles recherches sur le traitement du —, Bérenger-Féraud, anal. C. E., 177. — solium, endémicité dans la République argentine, B. Dupont, anal. Ch. E., 486.
Talon, v. Autoplastie.
Tamponnement, v. Désinfection.
Température. Sur les brusques et fortes élévations de — dans le cours des maladies fébriles aiguës, Lancereaux, 625.
Tendon, v. Transplantation.
Téphromyélite. De la — antérieure aiguë de l'adulte, R. Massalongo, anal. Millot-Carpentier, 642.
Terrier, v. Kyste, Ovariotomie.
Testicule. Plaie du — par une aiguille, Horteloup, 845.
Tétanos. De l'étiologie et de la pathogénie du —, Ozenne, anal. Deschamps, 749. — traumatique terminé par la guérison, C. Brunner, anal. R. L., 853.
Thé. La maladie des buveurs de —, Ch. Eloy, 917.

©BIU Santé

Théine. De la — comme analgésique local, Castle, anal. C. L. D., 939.
Thèses. — de doctorat, v. Faculté. — d'agrégation, 872, 933, 1006.
Tissu cellulaire. Des affections rhumatismales du —, Chuffart, anal. Ch. E., 935.
Tonkin. Les maladies et les mœurs médicales du — (feuill.), C. L. D., 893.
Toxicité. Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la — urinaire, Bouchard (Acad. des sc.), 498, 550. — des urines, v. Mal de Brigt, Urines.
Trachéotomie, v. Cancer.
Traitements. Sur les — abortifs, Diday, 349.
Transfusion. La — du sang pratiqué au moyen d'inhalations par les voies bronchopulmonaires, Fubini, anal. Millot-Carpentier, 209.
Transplantation. — chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien, Peyrot, rapport de Monod (Soc. de chir.), discussion, 764.
Traumatisme et complications, Verneuil (Mémoires de chirurgie, t. IV), anal. L.-H. Petit, 747.
Trélat, v. Rétrécissements.
Trépanation. — pour une fracture de crâne ancienne, Routier, rapport de Championnière, discussion (Soc. de chir.), 478.
Trijumeau, v. Chlorure de méthyle.
Trousseau (A.), v. Iodol.
Tuberculeux. Eléments de pronostic et de détermination opératoire chez les —, Mabboux, rapport de Chauvel, discussion (Soc. de chir.), 270.
Tuberculose. Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la —, L.-G. R. (Bull.), 229. —, propagation par l'admission des malades dans les hôpitaux généraux, Leudet (Acad. des sc.), 298. —, instruction du Conseil d'hygiène relative aux précautions à prendre, 372. —, rapport sur la contagiosité, Vallin (Soc. méd. des hôp.), 382. — infantile et hérédo-tuberculose bacillaire, Landouzy (Soc. méd. des hôp.), 608, 703. —, sa nature mycosique, son champignon pathogène (microsporon furfur), Duguet et Héricourt (Acad. des sc.), 714. —, contagion et salles d'inhalations du Mont-Dore, J. Nicolas, 965.
Tumeur. — intra orbitaire (abcès froid ou kyste suppuré?), Le Fort Soc. de chir.), 562. — de la région fessière (méningocèle?), Kirmisson (Soc. de chir.), discussion, 645, 693. — vasculaire de l'humérus (sarcome fasciculé kystique), Louis Thomas (Soc. de chir.), discussion, 695, 715. — anévrysmale de la poitrine, traitement médical (iodure de potassium), E. H. Saunders, anal., 712.
Tumeurs. — végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde et myxomateuse, Péan (Acad. de méd.), 879. — du pharynx, extirpation, Verneuil (Soc. de chir.), 1022, 1054.
Typhoïde. Traitement de l'état — par l'acide benzoïque et l'acide salicylique, Robin (Soc. des hôp.), 1058.
Typhus. Sur le — abdominal et son traitement, Senator, anal. Dumont, 30.

U

Ulcère. Glycéré contre l'— simple, Demarquay, 659. —, v. Cornée.
Ulcères. Sparadrap contre les — des membres inférieurs, Goureau, 488.
Uranoplastie, v. Palais.
Urémie, v. Mal de Brigt.
Uréthane, v. Ethyl-uréthane. —, action thérapeutique, Mairet et Combemale (Acad. des sc.), 633.
Urèthre, v. Rétrécissements.
Uréthrite, v. Arthrite.
Uréthrotomie interne, discussion à la Soc. de chir., v. Dilatation.
Urine, v. Stagnations d'urine, Toxicité, Rétention, Albumine.
Urines. Essai expérimental sur le pouvoir toxique des — fébriles, Feltz (Acad. des sc.), 680. —, v. Strychnine.
Urtica dioïca. Les propriétés hémostatiques de l'—, Rothe, anal. C. L. D., 497.
Utérus, v. Matrice.

V

Vaccination. La — obligatoire, 1035.
Vagin, v. Désinfection.
Van Helmont, v. Paracelse.
Vapeurs anesthésiques. Influence des — sur les tissus vivants, R. Dubois (Acad. des sc.), 1009.
Varices, v. Œsophage.
Variole. Traitement de la — par la médication éthérée-opiacée, Du Castel (Soc. méd. des hôp.), 275. —, influence du miasme palustre sur son évolution, d'Ortensio, anal. 379. — dans l'Amérique du Sud, José Penna, anal. Ch. Eloy, 448. —, inconvénient des badigeonnages de collodion sur le visage, Comby (Soc. méd. des hôp.), 901. —, déclaration des cas et secret professionnel, Ch. E., 1020.
Venin. Leçons sur le — des serpents du Brésil, de Lacerda, 208.
Verneuil, v. Erysipèle, Stupeur, Contusion.
Verrues. Moyen de détruire les —, Rapin, 855.
Vertiges. Des —, E. Weill, th. d'agrég., anal. Ch. E., 875.
Vessie, v. Carcinome.
Voies urinaires, v. Stagnations d'urine.
Vomique. Traitement de la —, Trastour, 575.
Vulve aphtheuse. Pansement de la —, Sarazin, 1059.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.